

SYMPTOMATIK UND VERLAUF
VON WOCHENBETTPSYCHOSEN

Veronika Schmidt

1482

Aus der Nervenklinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

SYMPTOMATIK UND VERLAUF VON WOCHENBETTPSYCHOSEN

Inaugural-Dissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

V e r o n i k a S c h m i d t

aus

München

München 1982

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Mitberichterstatter:

Dekan: Prof. Dr. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 24.6.1982



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Literaturübersicht	3
2.1. Zur Pathogenese	3
2.1.1. Exogene Auslösung endogener Psychosen	3
2.1.2. Psychogene Faktoren	8
2.1.3. Endokrine Faktoren	11
2.2. Zur klinischen Einordnung	12
2.2.1. Symptomatische Psychosen im Puerperium ...	12
2.2.2. Puerperale Amentia	12
2.2.3. Puerperale Schizophrenien	15
2.2.4. Zylothymien im Puerperium	19
2.2.5. Die Stellung der Puerperalpsychosen als eigene Krankheitsgruppe	22
2.3. Katamnesen	25
3. Eigene Untersuchung	27
3.1. Fragestellung	27
3.2. Auswahl des Krankengutes	27
3.3. Instrumentarium	30
3.4. Untersuchungsgang	31
3.5. Auswertung	32
4. Ergebnisse	35
4.1. Symptomatik	35
4.2. Erstellung der Projektdiagnosen	55
4.3. Erkrankungsbeginn	56
4.4. Verlauf der Schwangerschaft	59
4.5. Erkrankungsalter	60
4.6. Parität	61
4.7. Zivilstand	62
4.8. Soziale Einordnung	63

4. 9. Häusliche Situation	64
4.10. Stationärer Aufenthalt	65
4.11. Ergebnisse der Katamnese	68
4.11.1. Psychiatrische Anamnese	69
4.11.1.1. Verlauf	69
4.11.1.2. Symptomatik	71
4.11.1.3. Soziale Anamnese	74
4.11.1.4. Weitere Schwangerschaften	74
4.11.2. Psychischer Befund	76
4.11.2.1. Ergebnisse des PSE	76
4.11.2.2. GAS-Werte	80
4.11.3. Diagnosen	81
5. Diskussion	82
5.1. Literaturübersicht	83
5.2. Der Zeitpunkt der Erkrankung	84
5.3. Erkrankungsalter	85
5.4. Parität	86
5.5. Soziale Faktoren	86
5.6. Die Symptomatik der Wochenbettpsychosen	86
5.7. Ergebnisse der Nachuntersuchung	88
6. Zusammenfassung	89
7. Literatur	95

1. Einleitung.

Psychosen im Wochenbett beanspruchen als Forschungsgegenstand der Psychiatrie ein besonderes Interesse, weil sie auf der einen Seite den endogenen und auf der anderen Seite den exogenen Psychosen nahestehen.

Psychosen im Wochenbett sind durch die zeitliche Relation zur Entbindung klar definierte Krankheitsbilder. Die Psychopathologie dieser Psychosen zeigt typische Syndrome und einen typischen Verlauf. Es ist zu erwarten, daß eine quantitative Analyse der Psychopathologie dieser Krankheitsbilder und eine Untersuchung des Verlaufs dieser Krankheiten neue Ergebnisse bringt.

Die Publikationen über Psychosen im Wochenbett sind sehr zahlreich. Eine Übersicht über ältere Literatur gibt Steinmann (1935). Eine Zusammenfassung der neueren Literatur gibt es nicht.

Einerseits macht der enge zeitliche Zusammenhang zu eingreifenden Stoffwechselumstellungen die Puerperalpsychose zum Modell einer an spezifische physiologische Konstellationen gebundenen Psychose, durch deren Erforschung man sich eine Erhellung komplizierter pathogenetischer Zusammenhänge erhoffte. In älteren Arbeiten wird durch die Einteilung in Schwangerschafts-, Wochenbett- und Laktationspsychosen eine Abgrenzung in drei Verlaufsformen versucht, deren Unterschiede in einen kausalen Zusammenhang zu den verschiedenen endokrinen Vorgängen in diesen Phasen gebracht werden.

Andererseits bringt eine Schwangerschaft eine Reihe sozialer Veränderungen und psychischer Belastungen mit sich, so daß der Gedanke an psychogene Hintergründe naheliegt.

Phänomenologisch orientierte Schulen beschäftigen sich mit der Frage der nosologischen Klassifikation. Durch systematische

Beobachtung sollte aus dem klinischen Querschnitt eine Trennung der endogenen zufällig im Wochenbett aufgetretenen Psychosen von der eigentlichen Puerperalpsychose, deren nosologische Sonderstellung sich aus Psychopathologie, Verlauf und Prognose rechtfertigt, erzielt werden. In einer eindeutigen diagnostischen Zuordnung wurde eine Voraussetzung für die Klärung der Ätiologiefrage gesehen. Das führte zur Veröffentlichung umfangreicher statistischer Arbeiten über die diagnostische Zuordnung. Man ist versucht, diese Ergebnisse teilweise mit jener ironischen Bemerkung Hoches zu kommentieren, daß eine trübe Flüssigkeit nicht dadurch klarer wird, daß man sie in kleinere Gefäße umgießt. Eine nosologische Einordnung ohne Kenntnis des Langzeitverlaufs ist gerade bei den Puerperalpsychosen mit ihrer vielfältigen Symptomatik problematisch.

In der vorliegenden Arbeit werden aus einer Stichprobe von Patientinnen, die wegen einer Psychose im Wochenbett stationär behandelt wurden, die psychopathologischen Querschnittsbilder in Syndrome eingeteilt und auf Verlaufsunterschiede untersucht. Der weitere Krankheitsverlauf wird in einer Katamneseerhebung erfaßt. Es soll geprüft werden, ob sich aus dem Langzeitverlauf neue Gesichtspunkte für die nosologische Klassifikation der Krankheitsbilder ergeben.

2. Literaturübersicht.

Es werden zunächst einige Ansichten zur Pathogenese dargestellt. Anschließend wird auf Publikationen zur Frage der nosologischen Zuordnung eingegangen, wobei die einzelnen Krankheitsbilder gesondert abgehandelt werden. Eine Übersicht über die bisherigen Ergebnisse katamnästischer Untersuchungen schließt den Literaturteil ab.

2.1. Zur Pathogenese.

2.1.1. Exogene Auslösung endogener Psychosen.

Im Zusammenhang mit der Frage nach der Pathogenese der Puerperalpsychosen taucht das seit der Bonhoeffer (1912) - Specht (1913) - Kontroverse klassische Problem der Möglichkeit einer exogenen Auslösung endogener Krankheitsbilder wieder auf. Freilich sind mit der Verbesserung pharmakologischer und hygienischer Bedingungen exogene Psychosen im Wochenbett seltener geworden, soweit darunter durch organische Erkrankungen ausgelöste Psychosen verstanden werden. Folgt man dem Vorschlag Gruhles (1953), den Begriff symptomatische Psychosen durch "sekundäre Psychosen" zu ersetzen und auf alle psychischen Erkrankungen anzuwenden, die im Zusammenhang mit Veränderungen körperlicher Funktionen auftreten, bekommen die Bemühungen um ein Verständnis der Auslösung endogener Psychosen eine neue Bedeutung. Unter diesem Aspekt soll auch die nachfolgende Diskussion betrachtet werden.

Bonhoeffer (1912) postulierte aufgrund der klinischen Beobachtung, daß alle symptomatischen Psychosen trotz der unterschiedlichsten ätiologischen Hintergründe eine einheitliche Symptomatologie aufweisen "den exogenen Reaktionstyp". Dieser Theorie wird von Specht (1913) entschieden wider-

sprochen. Exogene Schädigungen können durchaus zu endogenen Psychosen führen. Der Intensität der Noxe kommt eine zusätzliche symptomgestaltende Funktion zu. Die Quantität der Schädigung bestimmt die Qualität der psychischen Reaktion. "Ist das richtig, dann besteht auch kein prinzipieller Unterschied zwischen der exogenen und endogenen Symptomatologie ... Fügt es sich gerade so, daß die exogene Noxe einschleichend und nicht zu massig die cerebralen Stätten unserer Psyche alteriert, dann werden auch endogene Krankheitsbilder zum Vorschein kommen, überschwemmt andererseits die endogene Noxe plötzlich das Gehirn ... dann kommt es zu turbulenten und tiefgreifenden Symptomen der exogenen Art" (Specht 1913).

Krisch (1920) berücksichtigt bei der Frage der Modifikationsmöglichkeiten exogener Reaktionsmuster die Konstitution des Erkrankten. Bei starker pathologischer Disposition reichen bereits geringgradige Noxen aus, um eine endogene Psychose auszulösen, während umgekehrt bei fehlender pathologischer Anlage nur nach schweren Schädigungen die exogenen Reaktionen auftreten. Man kann sich dabei das Verhältnis zwischen der Quantität des Reizes und der konstitutionell festgelegten Ansprechbarkeit der individuellen Reizschwelle als "funktionales Wechselverhältnis" vorstellen.

Leonhard (1935) greift die Auffassung von Krisch und Specht auf. Er hält bei einer Gruppe von Puerperalpsychosen folgenden Verlauf für typisch:

Nach einem amentuellen Anfangsstadium entwickelt sich ein schizophrenes Krankheitsbild, das aber nach einem manchmal sehr langwierigen Verlauf vollkommen ausheilt. Das könne nach Spechts Intensitätsprinzip so erklärt werden: Durch Schwangerschaft und Entbindung ist die körperliche Abwehr geschwächt, so daß die Auseinandersetzung mit den schädigenden Stoffen nur sehr langsam vor sich geht. Die verzögerte Elimination verursacht den protrahierten Verlauf. Nach einem akuten Anfangsstadium wird über

eine schizophrene Episode, der ein Stadium geringerer Toxizität entspricht, eine Vollremission erreicht.

Für die beschriebenen Krankheitsbilder, die im klinischen Querschnitt zwar wie Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis wirken, sich davon aber durch ihre Vollremission und die Einmaligkeit ihres Auftretens unterscheiden, prägt Popper (1920) den Begriff des "schizophrenen Reaktionstyp". Als Beispiel für eine schizophrene Reaktion werden die katatonen Puerperalpsychosen genannt, deren günstige Prognose den Unterschied zwischen "Psychoreaktion" und psychotischem Prozeß verdeutlicht. Man kann sich diese Reaktionsform vorstellen als eine Resultante, die aus dem Zusammentreffen von zwei Kraftkomponenten, nämlich exogener Noxe und individueller Reaktionsbereitschaft entsteht. Dabei kann jede traumatische Erfahrung die Funktion exogener Noxen übernehmen, also sowohl faßbare organische Schädigungen als auch "psychisch funktionell affizierende Noxen". Diese traumatische Erfahrung "holt aus dem Individuum hervor, was an individuell spezifischer Eigenart mehr oder weniger latent war ... Es handelt sich um das isolierte, einer prozeßhaften Weiterentwicklung nicht unterworfenen Hervortreten von sonst mehr oder weniger latenten, unter gewissen Umständen aber sich deutlich manifestierenden, zu bestimmten Bildern sich gruppierenden Symptomen, um einen Dispositionskomplex, der seinen Träger zu eigenartigen Reizbeantwortungen prädestiniert scheinen läßt und ihn als besonderen reaktiven Typus charakterisiert ... Der schizophrene Reaktionstypus bedeutet einen Komplex von Individualfaktoren, deren die Wesenheit, das Verhalten, die affektiven Entladungen usw. verfärbende, reaktive Äußerungen die schizophrene (oder schizoide) Reaktion schaffen, die vom schizophrenen Krankheitsvorgang und überhaupt vom Krankheitsbegriff der Schizophrenie strikte zu sondern wären" (Popper 1920).

Der Begriff der verworrenen Manie wurde von Wernicke geprägt.

Verstanden wird darunter eine Steigerung manischer Symptomatik vor allem im Bereich formaler Denkstörungen. Durch Zunahme der Ideenflucht kommt es auf dem Höhepunkt der Erkrankung zu sprachlichen Äußerungen verworrenen Inhalts. Das Krankheitsbild erhält dadurch amentielle Züge, während Anfang und Ende der Erkrankung sich nicht von einer Manie unterscheiden.

Bostroem (1926) greift den Begriff der verworrenen Manie wieder auf, verwendet ihn aber für eine Psychose, die sich in der Entstehung und Symptomgestaltung wesentlich von dem von Wernicke beschriebenen Krankheitsbild unterscheidet. Sie beginnt hochakut mit Zeichen von Bewußtseinsstrübung und Verwirrtheit, also einer Symptomatik, die an eine exogene Psychose denken läßt. Im weiteren Verlauf gehen die Bewußtseinsstörungen zurück und das Bild wird maniform. Aus einer symptomatischen Psychose scheint sich eine Zykllothymie entwickelt zu haben. In Wirklichkeit handelt es sich bei diesen Krankheitsbildern aber um komplex aufgebaute Psychosen, deren Entstehung sich nur aus dem Zusammentreffen von zwei verschiedenen ätiologischen Faktoren gleicher Wertigkeit erklären läßt, von denen einer allein wahrscheinlich nicht zur Auslösung der Erkrankung ausgereicht hätte. Einerseits wären ohne exogene Noxen wahrscheinlich keine endogenen Schwankungen aufgetreten, andererseits wäre es ohne endogene Bereitschaft nur zu einem flüchtigen Delir gekommen. Beide Erkrankungen folgen im weiteren Verlauf ihren eigenen Gesetzen. Am Anfang kommt es zu einer Durchflechtung exogener und endogener Züge, wobei die exogenen Symptome mit ihrer höheren Penetranz dominieren und den endogenen lediglich eine pathoplastische Funktion zukommt. Mit dem Abklingen der symptomatischen Psychose setzen sich die endogenen Züge als die eigentlich pathogenetischen und dauerhaften durch. Trotzdem läßt sich eine strenge Trennung zwischen pathogenetischen und pathoplastischen Faktoren im Sinne von Birnbaums Strukturanalyse (Birnbaum 1923) nicht durchführen, sondern beiden Faktoren kommt eine mehrfache Funktion zu.

"Die exogene Noxe, die als pathogenetische Bildung nicht entbehrt werden kann, wirkt gleichzeitig provozierend gegenüber dem endogenen Teil der Psychose, weiter kommt sie, nachdem die manische Phase aus der Latenz gebracht ist, ihr gegenüber pathoplastisch zur Geltung. Auf der anderen Seite ist die manisch depressive Anlage einmal als pathogenetisch für den zweiten integrierenden Bestandteil der Psychose anzusehen. Sie bildet weiter gegenüber den exogen ausgelösten Mechanismen ein symptompräformierendes Moment und dürfte hier auch von protrahierender Bedeutung sein, d.h. sie verlängert die Erkrankung über die übliche Dauer einer rein exogenen Psychose hinaus" (Bostroem 1926).

Prognostisch sind diese Krankheitsbilder insofern günstig, als eine Wiederholung der beschriebenen pathogenetischen Konstellation relativ unwahrscheinlich ist. Allerdings scheinen diese Erkrankungen die Bereitschaft zu exogenen Reaktionen zu erhöhen, so daß bereits relativ geringfügige Noxen ein Rezidiv auslösen. Außerdem kann die endogene Erkrankung im weiteren Verlauf ihren eigenen Gesetzen folgen und zur Manifestation einer bisher latent gebliebenen Zykllothymie führen.

Nach Conrad (1960) ist die Frage nach Anlage- und Umweltfaktoren bei der Auslösung einer Psychose von vornherein falsch gestellt, solange wir die komplizierten biochemischen Vorgänge, die sich während einer Psychose im Organismus abspielen, nicht kennen. Mit folgendem Gedankengang veranschaulicht Conrad (1960) die Verflechtung von exogenen und endogenen Faktoren: Eine bestimmte genotypisch, konstitutionell und dispositionell determinierte biochemische Ausgangslage des Organismus kommt mit dem Chemismus einer bestimmten von außen eingeführten oder durch innere Störungen entstandenen Noxe in Berührung. Dadurch werden komplexe biochemische Prozesse in Gang gesetzt oder der Ablauf bestehender Prozesse geändert. Die Endprodukte dieser Zwischenstufen wirken

nun auf das Zentralnervensystem, wobei noch zusätzliche topologische Determinanten zu berücksichtigen sind. Das Endprodukt ist schließlich die Psychose.

2.1.2. Psychogene Faktoren.

Die phänomenologischen Analysen der Puerperalpsychosen lassen keinen Zweifel daran, daß es sich bei den Puerperalpsychosen um psychotische Krankheitsbilder handelt. Die nosologische Zusammensetzung der Puerperalpsychosen ist nicht restlos geklärt. Insbesondere ist nicht klar, welche Verläufe die hier vorkommenden endogenen Psychosen zeigen und es ist nicht klar, ob unter den Puerperalpsychosen psychogene Krankheitsbilder vorkommen und welchen Anteil sie an der Gesamtgruppe bilden.

Die erste Analyse des Begriffs psychogene Reaktion stammt von Jaspers (1913). Er unterscheidet zwischen "bloß ausgelösten Psychosen" und "echten Reaktionen", deren Inhalt in verständlichem Zusammenhang mit dem Erlebnis steht, die ohne das Erlebnis nicht aufgetreten wären und die in ihrem Verlauf von dem Erlebnis und seinen Konsequenzen abhängig sind. Die Verstehbarkeit der Reaktion wird dreifach definiert: "Wir verstehen das Maß der Erschütterung als eine adäquate Ursache irgendeines Zusammenbruches; wir verstehen einen Sinn, dem die reaktive Psychose im ganzen dient; wir verstehen die Inhalte der reaktiven Psychose im besonderen" (Jaspers 1913). Ähnlich charakterisiert Wimmer (1916) die psychogenen Psychosen: "Unter psychogenem Irresein verstehen wir - in Übereinstimmung mit ausländischen Autoren - die verschiedenartigen klinisch selbständigen Psychosen, deren Hauptmerkmal es ist, daß sie - gewöhnlich auf einer bestimmten prädisponierten Grundlage - von seelischen Ursachen ('psychischen Traumen') veranlaßt werden, und zwar so, daß diese Traumen ausschlaggebend sind für den Zeitpunkt des Beginns, für den Gang der Krankheit (Remissionen, Intermissionen,

Exacerbationen), sehr oft auch für deren Aufhören, ferner, daß die Psychosen in ihrer Form und ihrem Inhalt mehr oder weniger direkt und vollständig ('verständlich') die veranlassenden seelischen Ursachen widerspiegeln. Zu diesen Kriterien fügt sich noch die Überwiegende Tendenz dieser Krankheiten zur Genesung und besonders, daß sie nie in Demenz enden" (Wimmer 1916).

Schneider (1967) unterscheidet bei den "abnormen seelischen Reaktionen" drei Gruppen:

1. Reaktive abnorme Gefühlszustände
2. Reaktiver Wahn
3. Reaktive Bewußtseinstrübungen.

Labhardt (1963) beschreibt einen Teil der psychogenen Psychosen als "schizophrenieähnliche Emotionspsychosen" und definiert sie anhand von 5 Kriterien:

1. Das Bestehen einer mit dem Ausbruch der Psychose in Zusammenhang stehenden emotionalen Spannungssituation; diese kann durch eine konstitutionelle Abnormität, durch abnorme seelische Entwicklungen oder durch körperliche Störungen kompliziert werden.
2. Das Fehlen einer hereditären Belastung mit Schizophrenie.
3. Ein leicht verständlicher, oft an der Grenze des Normalen stehender Inhalt der Psychose.
4. Guter affektiver Rapport des Kranken sowie das Fehlen von uneinfühlbaren Symptomen und namentlich einer "sogenannten schizophrenen Atmosphäre".
5. Rascher Ablauf des psychotischen Zustandes, oft sogar ohne therapeutische Maßnahmen innert 1-4 Wochen. Kein Zurückbleiben von Defektsymptomen.

Zur Ätiologie zählt Strömgren (1972) eine Reihe psychotraumatischer Faktoren auf:

1. Erlebnisse von unpersönlichem Charakter: Naturkatastrophen, Kriegsereignisse und allerlei andere Begebenheiten, die für die meisten Menschen schwere Belastungen bedeuten.
2. Ereignisse von mehr persönlichem Charakter, soziale Katastrophen wie Geldverlust, Kriminalität mit ihren unerwünschten Folgen etc.
3. Familiäre Konflikte, Konflikte zwischen dem Kranken und anderen Menschen, zu denen er eine nahe gefühlsmäßige Beziehung hat, sexuelle Konflikte.
4. Isolation, Kommunikationsschwierigkeiten aller Art, bis zur "sensory deprivation".
5. Gänzlich innere Konflikte, unerträgliche Konflikte zwischen verschiedenen Tendenzen der Persönlichkeit, Gewissenskonflikte usw.

Faergeman (1963) definiert die psychogene Psychose: "A psychogenic psychosis is the result of the action on a psychogenic potential by a situational agent ... It can be a massive psychic trauma ... or it can be a highly specific key experience which hits home only where an elective vulnerability is present."

Er unterscheidet drei Symptomgruppierungen:

1. "Emotional syndroms" (depressive und manische Syndrome)
2. "Disturbances of consciousness" (Bewußtseinsstörung, Verwirrheitszustände, Depersonalisationserlebnisse, Dämmerzustände)
3. "Paranoid syndroms" mit und ohne Halluzinationen.

Die Rezidivhäufigkeit ist am höchsten bei der Gruppe mit den Bewußtseinsstörungen und am niedrigsten bei der paranoiden Gruppe.

Einen psychoanalytischen Beitrag liefert Deutsch (1948). Durch die Geburt eines Kindes werden strukturspezifische Konflikte aktualisiert, die zur Desintegration des Ichs und damit zur Psychose führen können. Schizoide Frauen erwarten vom Kind eine

Belebung der inneren Leere und sind enttäuscht, wenn dies ausbleibt. Sie klagen dann über einen Mangel an Gefühlen für das Kind. Für Frauen, die zu zwangsneurotischen und depressiven Reaktionen neigen, ist das Kind eine Quelle ständiger Schuldgefühle. Bei infantilen Frauen setzt angesichts der Anforderungen durch die neue Situation eine Angst vor Einschränkung der Freiheit, Abhängigkeit vom Kind und Ichverarmung ein. Bei hysterischen Frauen führt das Geburtserlebnis zu einer Verstärkung des "Männlichkeitskomplexes" und zu einer Abwendung von den Aufgaben der Mutterschaft.

In der französischen Literatur wurde von Flament (1955), Cain (1959) und Racamier (1961) die Bedeutung psychoreaktiver Faktoren für die Entstehung der Wochenbettpsychosen diskutiert. Als mögliche Konfliktkonstellationen werden eine unbewußte Ablehnung des Kindes, ungünstige soziale Bedingungen und die Aktualisierung verdrängter früherer Konflikte genannt. Nach Flament spielen vor allem eine außereheliche oder uneheliche Schwangerschaft, eine Ablehnung der Mutterrolle und eine Ablehnung des Kindes eine große Rolle.

Nach Dean (Dean et al., 1981) finden sich bei 62% der an Puerperalpsychosen erkrankten Patientinnen ungünstige soziale Faktoren (uneheliche Schwangerschaft, schwere Ehekonflikte, sehr schlechte finanzielle Verhältnisse). Bei einem Drittel der Patientinnen traten während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung Komplikationen auf.

2.1.3. Endokrine Faktoren.

Auf die Theorien zur Rolle endokriner Faktoren bei der Entstehung von Puerperalpsychosen wird nur kurz eingegangen.

Gelder (in Sandler 1978) untersuchte bei Patientinnen am "Heultag" die Serumkonzentrationen von Progesteron, Östrogen, LH, FSH und Prolaktin und fand keinen Unterschied zur Kontrollgruppe.

Danowski (1953) und Freedberg (1957) fanden einen Konzentrationsabfall von Trijodthyronin und PBJ im Serum nach der Entbindung und vermuteten, durch eine Hypothyreose könnten die apathischen Zustände puerperaler Depressionen einerseits, die Verwirrheitszustände amentieller Psychosen andererseits erklärt werden.

Venning (1946) und Gemzell (1953) stellten eine vermehrte Ausscheidung von Cortisolabbauprodukten in der ersten Woche nach der Entbindung fest. Jacobides (1961) maß bei Patientinnen mit affektiven oder Angstpsychosen im Puerperium eine höhere Ausscheidung der Cortisonabbauprodukte als bei puerperalen Katatonien und einen Ausgleich der Unterschiede in der Phase der Besserung.

2.2. Zur klinischen Einordnung.

2.2.1. Symptomatische Psychosen im Puerperium.

Auf die Literatur über die symptomatischen Psychosen wird nur kurz eingegangen. Für die Einzelheiten darüber wird verwiesen auf Gruhle (1953). Es handelt sich dabei um körperlich begründbare psychische Erkrankungen. Im Puerperium dürften sie vor allem als Folge von Infektionen aufgetreten sein. Die Symptomatologie wird im Amentiakapitel beschrieben, die Differentialdiagnose wird bei den verschiedenen Psychoseformen abgehandelt. Die Prognose hängt von der Grunderkrankung ab. Insgesamt ist mit der Verbesserung der medizinischen Bedingungen ein Rückgang der symptomatischen Psychosen zu verzeichnen.

2.2.2. Puerperale Amentia.

Der Begriff Amentia wurde 1890 von Meynert für ein Krankheitsbild eingeführt, das durch Bewußtseinstörung, Verwirrtheit, Halluzinationen und hyper- und hypokinetische Zustände gekennzeichnet ist.

Ewald (1928) beschreibt den Amentiaverlauf: "Nach einem kurzen Prodromalstadium, in dem die Kranken unruhig werden, bald mehr heiter erregt, bald ängstlich oder reizbar, insbesondere aber oft ratlos erscheinen, in dem sie recht häufig das Gefühl einer gewissen Veränderung oder besonderen Bedeutsamkeit der Vorgänge in ihrer Umgebung haben, so daß ihnen alles merkwürdig, rätselhaft, bedeutungsvoll erscheint, bricht die Psychose meist recht akut aus. Der Gedankengang lockert sich, nimmt nicht selten einen leicht ideenflüchtigen Charakter an, Neigung zum Weinen tritt hinzu, bald aber werden die Verbindungen immer loser, die Gedanken sind schließlich überhaupt nicht mehr miteinander verbunden, der Rededrang steigert sich zu vollkommen inkohärenter Verwirrtheit. Der zunehmende Zwang, sich allen auf sie einstürmenden Sinneseindrücken in hypermetaphorischer Weise zuzuwenden, zerreißt die Gedankenfolgen und Handlungen immer mehr, die Bewegungen werden gleichfalls immer unverbundener, immer zielloser, nehmen in immer stärkerem Maße einen unwillkürlichen, organischen Charakter an ... Die Bewußtseinslage wird zunehmend verändert, die Kranken wissen über Ort und Zeit nicht mehr Bescheid, sie verkennen Personen und Situationen."

Eine Reihe von Autoren (v.Krafft-Ebing 1897, Kraepelin 1904, Hoche 1906) verwenden den Begriff Amentia lediglich für jene Krankheitsbilder, wo eine Infektion oder eine physische Erschöpfung eine Psychose ausgelöst haben. Nach Ewald (1928) darf eine Amentia nur dann diagnostiziert werden, wenn eine somatische Genese einwandfrei nachgewiesen werden kann und eine Vollremission erfolgt. Allerdings gibt es "kryptogenetische Fälle", wo der Nachweis einer körperlichen Verursachung nicht gelingt. Bei diesen Fällen wird eine anlagemäßig bedingte amen-tielle Psychosebereitschaft postuliert, bei der auch geringfügige Noxen ausreichen, um eine Amentia auszulösen. Sie sind gekennzeichnet durch einen protrahierten Verlauf und eine erhöhte Rezidivbereitschaft. Das Konzept der "anlagemäßig bedingten

amentiellen Psychosebereitschaft" erinnert an Kleists "symptomatische Labilität" (Kleist 1920)..

Gegen die Annahme einer obligaten körperlichen Verursachung der Amentia wenden sich Pilcz (1901), Reichardt (1907) und Stransky (1907).

Bonhoeffer (1917) versteht unter Amentia ein Krankheitsbild, bei dem schwere Benommenheit, rascher Wechsel des Affektes und Inkohärenz im Vordergrund der Symptomatik stehen und bei dem eine Vollremission zu erwarten ist. Davon abzugrenzen sind jene Fälle, die zu Beginn ein amentielles Gepräge aufweisen, im weiteren Verlauf aber in einen Residualzustand münden. Sie gehören zu den exogen ausgelösten Schizophrenien.

Kleist (1920) faßt den Amentiabegriff sehr eng. Im Gegensatz zu Bonhoeffer legt er bei der Definition der Amentia das Hauptgewicht weniger auf die in Richtung symptomatische Psychose weisende Bewußtseinstrübung als vielmehr auf die formalen Denkstörungen im Sinne der Inkohärenz.

Runge (1911) unterscheidet bei der puerperalen Amentia vier Stadien: 1. Prodromalstadium, 2. Stadium des Ausbruchs der Psychose mit schwerer Bewußtseinstrübung, 3. amphiboles Stadium (Wechsel zwischen Aufhellung und Verwirrtheit, Störung der Merkfähigkeit), 4. Rekonvaleszenzstadium mit Krankheitseinsicht, Reizbarkeit und Ratlosigkeit. Nach der vorherrschenden Symptomatik werden drei Untergruppen der puerperalen Amentia unterschieden: die inkohärente, die halluzinatorische und die katonale Amentia.

Kluge (1942) wendet sich gegen eine zu breite Anwendung des Amentiabegriffes und will darunter nur jene Störungen verstanden wissen, bei denen neben einer raschen Bewußtseinstrübung starke Affektlabilität und Inkohärenz vorliegen.

Nach Hoff (1956) sind amentielle Krankheitsbilder schizophrene Reaktionen, die durch eine Intoxikation oder körperliche

Erkrankung zum Ausbruch kommen. Die Mehrzahl der Fälle ist prognostisch günstig. Manchmal kann das Auftreten solcher Verwirrtheitszustände allerdings erstes Anzeichen einer Schizophrenie sein, die nach Abklingen der körperlichen Erkrankung bestehen bleibt und ihren eigenen Gesetzen folgt. Gerade bei den amentuellen Puerperalpsychosen verbirgt sich in 50% der Fälle hinter den amentuellen Bildern eine beginnende Schizophrenie. Bei der differentialdiagnostischen Entscheidung sind folgende Kriterien zu berücksichtigen: Die reinen Amentiafälle bieten eine buntere Symptomatik mit globalen Orientierungsstörungen, Halluzinationen auf sämtlichen Sinnesgebieten, Ratlosigkeit, Inkohärenz, hyperkinetisch-akinetischen Zustandsbildern und starken vegetativen Begleiterscheinungen. Der Kontakt zur Umwelt bleibt stets erhalten. Die inhaltlichen Denkstörungen stehen nicht im Vordergrund der Symptomatik. Es kommt nur zu vereinzelten Wahneinfällen ohne Wahnsystem. Die Wahndynamik ist geringer, die Lebensführung der Erkrankten wird weniger von den paranoiden Inhalten bestimmt als bei den Schizophrenen.

2.2.3. Puerperale Schizophrenien.

In der Diskussion der puerperalen Schizophrenien taucht häufig das Problem der "exogenen Schizophrenien" (Leonhard 1935) auf.

Bonhoeffer (1912) schreibt dazu: "Eine alte Erfahrung ist auch, daß eine akute Infektion, wenn sie mit einer Organumstellung, wie es das Puerperium darstellt, sich kombiniert, den Schizophrenieausbruch begünstigt. Es ist aber auch bekannt, daß die Prognose solcher puerperal fieberhaft ausgelöster Schizophrenien relativ günstig zu sein pflegt, was wohl dahin gedeutet werden darf, daß in solchen Fällen günstigen Ablaufs die Manifestationstendenz der Anlage mit dem Aufhören der Wirkung der exogenen Schädigung gleichfalls ihr Ende findet und der Latenzzustand wieder eintritt. Unklar bleibt letztlich,

ob eine latente Schizophrenie durch eine exogene Noxe zur Manifestation gebracht wird oder ob die Symptome eine schizophrene Färbung annehmen, ohne daß eine Disposition vorliegt."

Nach Gruhle (1953) vollzieht sich bei schizophren disponierten Frauen der erste Ausbruch besonders oft im Wochenbett.

Schneider (1967) schreibt zur Frage der durch eine körperliche Erkrankung ausgelösten Schizophrenie: "Nicht mehr exogene Bilder sind solche, die schizophren aussehen, die man von akuten Schizophrenien schwer oder gar nicht unterscheiden kann, so daß dann oft die Frage auftaucht, ob dies nicht nur ausgelöste schizophrene Schübe sind. Es scheint, als ob schizophrene Schichten angeschlagen wären."

Schizophrenieähnliche Puerperalpsychosen sind nach Leonhard (1935) häufig. Sie weisen einen charakteristischen Verlauf auf. Nach einem kurzen, amentuellen Stadium tritt eine schizophrene Symptomatik auf, deren Ausheilung sehr langwierig sein kann. Es ist aber immer eine Vollremission zu erwarten. Die Manifestation einer Schizophrenie ist im Puerperium außerordentlich unwahrscheinlich. Bei den vielen in die Literatur eingegangenen Fällen handelt es sich um Fehldiagnosen, die durch die ungenaue Anwendung des Schizophreniebegriffes entstanden sind. Häufig wird ein paranoides, halluzinatorisches oder katatonisches Bild bereits als Schizophrenie diagnostiziert, obwohl es sich dabei um akzessorische Symptome handelt, die bei allen akuten Psychosen vorkommen können. In Anlehnung an Hoches Arbeit (Hoche 1912) über Paralyse werden diese Symptome Randsymptome genannt. Ihnen werden spezifische, den Defektzustand bedingende Achsensymptome gegenübergestellt. Erst das eindeutige Vorhandensein eines Residualzustandes berechtigt zur Diagnose Schizophrenie. Allerdings ist es bei den Puerperalpsychosen aufgrund des protrahierten Verlaufs manchmal schwierig, zu entscheiden, ob es sich bei einem scheinbar stationären Bild noch um eine passagere Symptomatik handelt oder ob die Psychose bereits in einen

Residualzustand gemündet ist. Ein Beispiel dafür ist der Fall der Maria Philp, der von Mayer-Gross (1932) referiert wird als Beispiel einer aus einer symptomatischen Puerperalpsychose entstandenen Schizophrenie: Bei der hereditär belasteten Patientin traten im Anschluß an eine Adnexitis zunächst Verwirrheitszustände mit starker psychomotorischer Unruhe und Personenverkennungen auf. Nach Beruhigung des akuten Bildes steht eine katatone Symptomatik mit bizarren Bewegungsstereotypien im Vordergrund. Der Gedankengang ist deutlich inkohärent. Dabei war "für den klinischen Blick des erfahrenen Psychiaters die einsetzende affektive Entleerung und die Denkzerfahrenheit als Zeichen übler Vorbedeutung erkennbar". Die Patientin wird schließlich in eine Anstalt verlegt. Schroeder (1936) sucht sie im Rahmen seiner Katamnesen auf und findet sie - vollkommen gesund zu Hause.

Nach Beckmann (1939) wurde unter dem Einfluß der Bleuler'schen Schizophrenielehre leichter ein Defektzustand diagnostiziert als zu Zeiten Hoches und Fürstners, so daß die Statistiken aus dieser Zeit nur mit Vorbehalt zum Vergleich geeignet sind. Besondere differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten die Katatonien. Laut Ewald (1928) sind katatone Zustände im Puerperium sehr häufig. Das läßt an spezifische Faktoren, die eng an die biologischen Konstellationen des Wochenbetts geknüpft sind, denken. Trotzdem wird den puerperalen Katatonien keine nosologische Sonderstellung eingeräumt, da Katatonien generell hauptsächlich im Jugendalter auftreten und sich durch eine besonders günstige Prognose auszeichnen.

Auch nach Schroeder (1936) sind puerperale Katatonien auffällig häufig. Sie können sich aus deliranten oder infektiösen Bildern entwickeln, aber auch ohne vorhergehende exogene Symptomatik auftreten. Ihre Prognose ist günstig.

Schwingerheuer (1953) diskutiert eine zufällige Koinzidenz von Wochenbett und Schizophrenie aufgrund des gleichen Präselektions-

alters.

Nach Roemer (1941) ist Schizophrenie die häufigste Erkrankung im Wochenbett. Keyserlingk (1962) sah ein einziges Mal unter den von ihm untersuchten Puerperalpsychosen eine Schizophrenie. Nach Hoff (1956) gehen 50% der Puerperalpsychosen in Schizophrenien über.

Nach Hamilton (1962) ähneln 30% aller Wochenbettpsychosen in ihrem klinischen Bild Schizophrenien. Als Besonderheit puerperaler Schizophrenien werden Kriterien genannt, die in der deutschsprachigen Literatur zur Definition der Amentia verwendet werden, nämlich ein hochakuter Beginn und ein delirantes Stadium mit Desorientiertheit, Verwirrtheit und Halluzinationen, an das sich häufig eine depressive Phase anschließt.

Nach Baker (1967) dagegen läßt sich bei den Schizophrenien aufgrund des chronisch progredienten Verlaufs der Erkrankungsbeginn häufig nicht mehr rekonstruieren, so daß ein zeitlicher Zusammenhang zur Geburt künstlich hergestellt wird, wenn es durch den Streß von Schwangerschaft und Entbindung zur Exacerbation chronischer Schizophrenien kommt. Auffallend oft kreisen die Wahnhalte dann um das Neugeborene, z.B. das Kind ist vergiftet, mißgestaltet, die Geburt hat nicht stattgefunden etc.

Nach Polonio (1955) beginnt die Hälfte der puerperalen Schizophrenien mit atypischen Symptomen, die eher an eine Manie oder Depression denken lassen. Im weiteren Verlauf ist dann eine Entwicklung zur Hebephrenie zu beobachten.

Hays (1978) unterzieht 147 Krankengeschichten schizophrener Patienten einer Faktorenanalyse und stellt eine spezifische puerperale Faktorenkonstellation fest, die gekennzeichnet ist durch das Zusammentreffen von illusionären Verkennungen, akustischen Halluzinationen, katatonen Symptomen, unsystematischen Wahnhaltungen und einer stark depressiven Komponente. Zwei der untersuchten Patientinnen wiesen das "puerperale" Faktorenmuster

auf, ohne an einer Puerperalpsychose erkrankt zu sein, davon bekam eine später eine Puerperalpsychose, bei der anderen kamen in der Familie Puerperalpsychosen vor.

2.2.4. Zyklothymien im Puerperium.

Die Frage der symptomatischen Depressionen und Manien wird nur kurz abgehandelt.

Nach Bonhoeffer (1912) gibt es zwar symptomatische Schizophrenien und Manien, aber keine symptomatischen Depressionen. Diese Ansicht wird auch von Schneider (1967) vertreten.

Nach Mayer-Gross (1932) werden symptomatische Depressionen deshalb häufig übersehen, weil die depressiven Symptome von den symptomatischen überlagert sind, während bei der symptomatischen Manie die manischen von den exogenen unterstrichen werden.

Rittershaus (1920) sieht Zyklothymie als präformierten Symptomenkomplex, der bei den verschiedensten Erkrankungen auftreten kann. Krisch (1920) betont das Vorkommen abortiver manisch depressiver Bilder auf symptomatischer Grundlage. Auch Kleist (1920) beobachtet das Vorkommen symptomatischer Depressionen. Nach Weitbrecht (1963) muß unterschieden werden zwischen Zyklothymie und zyklotymem Syndrom als Antwortmöglichkeit des Organismus auf verschiedene Noxen.

Nach Lange (1920) machen folgende Bedingungen das Auftreten "katatonen Legierungen" bei zirkulären Psychosen wahrscheinlich: In der Familienanamnese findet sich häufig eine hereditäre Belastung mit Schizophrenie. Besonders häufig ist die pathoplastische Wirkung hereditärer Faktoren dann zu beobachten, wenn sich die Erkrankung in zeltlichem Zusammenhang mit starken körperlichen Belastungen manifestiert. Weitere wichtige Faktoren sind Alter und Geschlecht. Bei jüngeren

Patienten besteht eine größere Häufigkeit atypischer Formen insbesondere amentieller oder katatoner Färbung. Bei Frauen treten häufiger amentielle Bilder auf als bei Männern.

Auch nach Schroeder (1936) lassen sich die meisten Puerperalpsychosen atypischen Zykllothymien zuordnen. Bei der Differentialdiagnose hyperkinetischer oder stuporöser Zustände sind Bewußtseinstrübung, Fehlen schizophrener Grundsymptome und affektives Verhalten als entscheidene Kriterien zu beachten. Zykllothymien können mit leichter Bewußtseinstrübung einhergehen.

Nach Ansicht einer Reihe von Autoren (Hoppe 1893, Jolly 1911, Runge 1911) erkranken vorwiegend Multiparae und ältere Frauen an puerperalen Depressionen.

Nach Luft (1964) sind mit Verbesserung der medizinischen Bedingungen die amentiellen Puerperalpsychosen zurückgegangen und die puerperalen Depressionen haben zugenommen. Immer ist dabei ein charakteristisches Syndrom zu beobachten, bestehend aus Entfremdung gegenüber Ehemann und Neugeborenem, Selbstvorwürfen, Schlaf- und Appetitstörungen, starker Hemmung oder Agitiertheit und Suicidneigung. Sämtliche Symptome werden zurückgeführt auf eine Störung der instinktiven Verbundenheit von Mutter und Kind. Als pathogenetisch wirksame Faktoren werden eine unerwünschte Schwangerschaft, Störungen im Schwangerschafts- und Geburtsablauf, unbewußte Konflikte in der Ehegemeinschaft und Versagen vor der neuen Aufgabe genannt.

Nach Hamilton (1962) ist bei den puerperalen Depressionen ein typischer Verlauf zu beobachten. Zunächst besteht eine delirante Phase mit Schlaflosigkeit, Unruhe und Verwirrtheit. Sie ist zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme bereits abgeklungen und wird deshalb häufig übersehen. Die Depression entwickelt sich langsam und kann zunächst als abnorme Erlebnisreaktion falsch diagnostiziert werden. Bei den puerperalen Manien dagegen folgt ein rascher Wechsel zwischen Verwirrtheit und Manie; beide Bilder können auch gleichzeitig nebeneinander

bestehen. Manien gehen oft ohne Intervall in eine Depression über. Manien treten in kürzerem zeitlichen Abstand zur Entbindung auf, Depressionen haben eine längere Latenz.

Nach Baker (1967) sind zwei Drittel der im Wochenbett an einer affektiven Psychose erkrankten Frauen hereditär belastet. Monopolare Manien sind selten, meist gehen sie in eine Depression über. Das Erkrankungsalter liegt durchschnittlich höher als bei den puerperalen Schizophrenien und ist mit der Prognose korreliert: Je älter die Patientin ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs. Depressionen treten zu einem späteren Zeitpunkt auf als Manien und beginnen schleichend mit Müdigkeit und Energielosigkeit als Initialsymptomen. Später entwickeln sich dann Insuffizienzgefühle, Selbstvorwürfe und paranoide Ideen, die meist um die Versorgung des Kindes kreisen.

Nach Reich (1970) handelt es sich bei der puerperalen Depression um eine endogen ausgelöste Psychose, die sich zufällig im Wochenbett manifestiert. Im Vergleich zu Depressionen außerhalb des Wochenbetts besteht aber eine höhere Rezidivquote. Verwirrtheit, Halluzinationen und Wahn sind bei den puerperalen Psychosen nicht häufiger als bei den affektiven Psychosen außerhalb des Puerperiums.

Dagegen stellt Dean (Dean et al. 1981) ein gehäuftes Auftreten von Wahnhinhalten, Halluzinationen, Agitiertheit, Affektlabilität und Orientierungsstörungen bei den puerperalen Depressionen fest. Bei den puerperalen Depressionen kann die Zeitspanne zwischen Entbindung und Krankheitsmanifestation bis zu dreizehn Wochen betragen, Manien treten in der ersten Woche nach der Entbindung auf.

2.2.5. Die Stellung der Puerperalpsychosen als eigene Krankheitsgruppe.

Marcé untersucht in seiner 1858 veröffentlichten Monographie "Traité de la Folie des femmes encientes" 310 Fälle von Generationspsychosen, die er in Schwangerschaftspsychosen (22), Puerperalpsychosen (180) und Laktationspsychosen (108) unterteilt. Während der Schwangerschaft treten überwiegend psychische Veränderungen auf, die an psychasthenische Versagenszustände erinnern. Die Patientinnen leiden an Energieverlust, Insuffizienzgefühlen und Angstanfällen. Bei den im Puerperium auftretenden Psychosen dagegen handelt es sich um spezifische Krankheitsbilder mit charakteristischem Verlauf. Innerhalb der ersten zehn Tage nach der Entbindung tritt, meist hochakut, eine delirante Symptomatik auf, begleitet von starker psychomotorischer Unruhe und typischen Verknüpfungen, die sich am ehesten als Pseudohalluzinationen beschreiben lassen und überwiegend am Übergang vom Schlaf- zum Wachzustand auftreten. Daran schließt sich eine Phase an, in der Affektstörungen entweder manischer oder depressiver Prägung vorherrschen. Die affektive Färbung der deliranten Sinnes-täuschungen weist bereits eine Ähnlichkeit mit der symptomatischen Gestaltung der nachfolgenden Phase auf. Frauen, die später an einer Depression erkranken, halluzinieren vorwiegend Bilder bedrohlichen Inhaltes, während die später manischen Frauen bereits im Delir euphorisch gestimmt sind. Die Laktationspsychosen beginnen schleichend mit unspezifischen Prodromalerscheinungen. Später zeigen sie dann das Bild einer hypochondrischen Depression.

In Deutschland erscheint die erste Publikation zu den Puerperalpsychosen 1875. Fürstner untersucht in seiner Arbeit "Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen" ein Krankengut von 34 Patientinnen (5 Schwangerschaftspsychosen, 21 Puerperalpsychosen, 8 Laktationspsychosen). Der größte

Teil der Patientinnen erkrankte in den ersten 10 bis 12 Tagen nach der Entbindung, ein kleinerer Teil in der 4. bis 6. Woche. In der Zwischenzeit manifestierten sich selten Psychosen. Während es sich bei den meisten der beobachteten Fälle um Manien, seltener um Depressionen handelte, die sich von den Zyklotyphien lediglich durch eine bessere Prognose unterschieden, räumt der Autor einer kleinen Gruppe aus dem untersuchten Krankengut aufgrund der Psychopathologie und des Verlaufs eine nosologische Sonderstellung ein. Hier setzt nach einem uncharakteristischen Prodromalstadium akut eine sich progressiv steigende Verwirrenheit mit Halluzinationen und heftiger motorischer Unruhe ein, die sich über Monate hinziehen kann und von einem akinetischen Stadium abgelöst wird. Stupor und Mutismus stehen jetzt im Vordergrund der Symptomatik, halluzinatorische Erlebnisse können weiterbestehen. In der Rekonvalensenzphase setzt eine allmähliche Distanzierung von den psychotischen Erlebnissen ein. In den meisten Fällen wird eine Vollremission erreicht. Sowohl das halluzinatorisch-excitatorische als auch das akinetische Stadium können in eine Demenz übergehen. Ewald (1928) erkennt in Fürstners Beschreibung des halluzinatorischen Irreseins der Wöchnerinnen das Bild der infektiösen Amentia wieder. Er diskutiert die Möglichkeit, ob es sich dabei einfach um eine exogene Reaktionsform handelt.

Zweierlei hält er allerdings an der Psychopathologie der Puerperalpsychosen für bemerkenswert: Einmal das starke Überwiegen kataton gefärbter Amentiabilder über die anderen exogenen Reaktionstypen, auf der anderen Seite die deutliche amentielle Färbung der durch das Wochenbett ausgelösten Schizophrenien. Aus dem starken Hervortreten kataton-amentieller Symptomatik allein ist aber noch keine nosologische Sonderstellung puerperaler Erkrankungen abzuleiten.

Nach Beckmann (1939) läßt sich bei der Mehrzahl der Puerperalpsychosen ein "formaler Idealtypus des Ablaufs" erkennen. Der

Beginn der Psychose zeigt deutlich eine amentielle Färbung mit Bewußtseinstrübung, psychomotorischer Unruhe und Inkohärenz. Es folgt ein Übergangsstadium mit vorwiegend halluzinatorischen und paranoiden Symptomen. Im weiteren Verlauf der Psychose tritt mit vollständiger Wiederherstellung der Bewußtseinsklarheit die affektive Komponente in den Vordergrund, es kommt zu manischen oder depressiven Bildern. Häufig werden die beiden ersten Stadien bereits vor der Klinikeinweisung durchlaufen, so daß die diagnostische Einordnung vom Ausgangsstadium aus getroffen wird.

Kluge (1942) sieht die Spezifität der Wochenbettpsychosen in der Verflechtung exogener und endogener Faktoren. Bei der Genese stehen exogene Momente im Vordergrund. Das kommt in der obligaten Bewußtseinstrübung und den amnestischen Symptomen zum Ausdruck. Hinweise auf eine Verwandtschaft zur Schizophrenie sind nie vorhanden. Dagegen besteht eine Beziehung zu den Zyklithymien, die sich in der vorherrschenden Affektstörung und in der durch Schuldgefühle krankhaft gesteigerten Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit äußert. Aus paranoiden Erlebnissen resultiert eine angstvolle Beschäftigung mit dem eigenen Tod oder dem naher Angehöriger. Hierin wird eine Spezifität puerperaler Erkrankungen gesehen.

Keyserlingk (1962) untersucht ein Krankengut von 45 Patientinnen und fand bei 23 ein Bild, das an Fürstners Beschreibung des halluzinatorischen Irreseins erinnert. Nach einem kurzen Prodromalstadium vorwiegend depressiver Symptomatik kommt es hochakut zu schwerster psychomotorischer Erregung in raschem Wechsel mit stuporösen und mutistischen Zuständen, Personenverkennungen und Halluzinationen. Im Gegensatz zu den katatonen Schizophrenien bleibt bei diesen Krankheitsbildern der Kontakt zur Umwelt stets erhalten. Diagnostisch sind sie am ehesten den Motilitätspsychosen zuzuordnen. In ihrem Verlauf sind sie langwierig. Die Prognose ist günstig.

Nach Janssen und Denker (1964) lassen sich zahlreiche Generationspsychosen phänomenologisch weder den exogen symptomatischen noch den endogenen Krankheitsgruppen zwanglos zuordnen. Sie gehören vielmehr zur Gruppe der Emotionspsychosen. Klinisch stehen sie den Schizophrenien, ätiologisch den manisch depressiven Erkrankungen näher. In ihrem Erscheinungsbild sind sie sehr vielgestaltig. Die Symptome beziehen sich alle auf eine Grundstörung, die das Gefühlsleben betrifft. Eine zentrale Stellung nimmt die Angstsymptomatik ein. Die Affekte wechseln rasch. Die Patientinnen können eben noch von einer starken Angst erfüllt und im nächsten Moment heiter und traumhaft ent-rückt sein. In ihrer oneiroiden Bewußtseinslage verarbeiten sie alle Wahrnehmungen zu visionären Erlebnissen. Innere Konflikte gehen stark in das psychotische Geschehen ein. Denk- und Antriebsstörungen treten erst sekundär auf. Das Wahnerleben ist katathym. Ätiologisch können endogene und exogene sowie erlebnis-reaktive Momente eine Rolle spielen und pathogenetisch und pathoplastisch zusammenwirken. Die Prognose ist als günstig zu beurteilen.

Nach Mentzos (1968) sind die Wochenbettpsychosen mit Ausnahme der reinen Depressionen und der reinen Manien den atypischen phasischen Psychosen zuzuordnen. Vor oder nach der Exacerbation der "pseudoamentuellen", teilweise schizophrenieähnlichen Symptomatik ist immer eine manische oder depressive Episode zu beobachten.

2.3. Katamnesen.

Aschaffenburg (1901) untersuchte 118 Fälle von Puerperalpsychosen über einen Zeitraum von neun Jahren und fand ein gehäuftes Auftreten von Dementia praecox. Manisch-depressive Erkrankungen neigen zu Rezidiven.

Jolly (1911) führte bei 79 Fällen über einen Zeitraum von zehn Jahren Katamnesen durch und fand bei zwanzig Prozent Wiedererkrankungen, die bei der Hälfte der Fälle in einen Residualzustand mündeten.

Runge (1911) untersuchte 110 Fälle und fand bei der Hälfte Wiedererkrankungen.

Beckmann (1939) untersuchte 35 Frauen über einen Zeitraum von 1 bis 20 Jahren nach der Erkrankung und fand häufig Rezidive im Puerperium oder spätere psychotische Erkrankungen ohne äußere Veranlassung.

Keyserlingk (1962) fand unter 68 Fällen, die über einen Zeitraum von 3 bis 27 Jahren nachuntersucht worden waren, lediglich eine Schizophrenie.

Schwingenheuer (1953) untersuchte 64 Fälle und stellte insgesamt eine günstige Prognose fest. Allerdings litten mehrere Frauen, bei denen zunächst eine symptomatische Psychose diagnostiziert worden war, bei der Nachuntersuchung eindeutig an einer endogenen Psychose.

Pauleikoff (1964) ordnete bestimmten Manifestationsterminen der Psychose nach der Entbindung typische psychopathologische Syndrome zu. Psychosen mit depressiver Symptomatik haben eine hohe Rezidivhäufigkeit. Die Prognose von Psychosen mit vorwiegend amentieller Symptomatik dagegen ist günstig.

Goedel (1978) untersuchte 100 Patientinnen und fand bei der Hälfte Rezidive, davon bei einem Viertel im Anschluß an eine weitere Entbindung.

Protheroe (1969) und Foundeur (Foundeur et al. 1957) kommen in ihren katamnestischen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß sich die im Wochenbett auftretenden Psychosen nicht von den zu anderen Zeiten auftretenden Psychosen unterscheiden. Es handelt sich um endogene Psychosen, die sich zufällig im Wochenbett manifestieren.

3. Eigene Untersuchung.

3.1. Fragestellung.

Wie in der Einleitung bereits dargestellt, werden in der vorliegenden Arbeit die psychopathologischen Querschnittsbilder von Wochenbettpsychosen nach Syndromen unterteilt und auf Verlaufsunterschiede während des stationären Aufenthaltes untersucht. In einer anschließenden Katamnese wird geprüft, ob sich aus dem Langzeitverlauf neue Gesichtspunkte für die nosologische Klassifikation der Wochenbettpsychosen ergeben.

3.2. Auswahl des Krankengutes

In die Untersuchung wurden sämtliche Patientinnen einbezogen, die zwischen 1960 und 1977 unter der Diagnose "Wochenbett-psychose" in der Psychiatrischen Klinik der Universitätsnervenklinik München stationär behandelt wurden. Zusätzlich wurden folgende Aufnahmekriterien für die Untersuchung festgelegt:

1. Das psychotische Zustandsbild manifestiert sich erst nach der Entbindung.
2. Das zeitliche Intervall zwischen Entbindung und psychischer Erkrankung beträgt nicht mehr als sechs Wochen.

Ausgegangen wird zunächst von 77 Krankengeschichten, von denen acht nicht verwertbar waren. In einem Fall waren die in der Akte niedergelegten Informationen unzureichend. Sieben weitere Fälle entsprachen nicht den Aufnahmekriterien der Untersuchung. Bei einem Fall bestanden bereits während der Schwangerschaft schwere psychische Veränderungen. Bei sechs war das zeitliche Intervall zwischen Entbindung und psychischer Erkrankung größer als sechs Wochen. So blieben 69 Fälle übrig, deren Verteilung über die einzelnen Jahrgänge aus Tabelle 1 zu ersehen ist.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die deutsche Übersetzung von v.Cranach (1978) verwendet. Das halbstandardisierte Interview besteht aus 107 Items, in denen psychopathologische Symptome exploriert werden. In 32 sich daran anschließenden Items werden Verhalten, Sprache und Affekt während der Untersuchung beschrieben. Der Ausprägungsgrad der einzelnen Symptome wird quantitativ beurteilt. Die Technik dieser Befragung hatte sich der Untersucher in Trainingsseminaren angeeignet. Die SCL besteht aus einer Untermenge aller PSE-Symptome. Die Einzelsymptome werden zusammengefaßt zu 37 Syndromen. Die SCL ist auch dann zur Beurteilung einzelner Krankheitsepisoden geeignet, wenn nur wenige Informationen zur Verfügung stehen. Insbesondere kann die SCL nach Aussagen von Wing et al. (1974) zur Beurteilung einzelner Krankheitsepisoden anhand von Krankenunterlagen herangezogen werden. Aus den Syndromen werden nach klinischen Gesichtspunkten acht beschreibende Kategorien gebildet (Categoklassen). Für jede Categoklasse können durch Angabe der Häufigkeiten der beteiligten Syndrome Syndromprofile graphisch erstellt werden. Von den neun Categoklassen werden in unserer Untersuchung vier, nämlich S, M, P und D verwendet. Im einzelnen setzen sich die Categoklassen aus folgenden Symptomen zusammen:

Klasse S. Schizophrene Psychosen

Diese Klasse enthält die Kerngruppe der schizophrenen Krankheitsbilder. Die charakteristischen Symptome sind:

1. gemachte Gedanken, Gedankenausbreitung oder Gedankenentzug
2. wahnhaftige Störungen des Icherlebens
3. Stimmen, die über den Patienten in dritter Person sprechen oder seine Gedanken und Handlungen kommentieren
4. andere akustische Halluzinationen (sofern sie nicht affektiv bedingt sind)
5. andere Wahninhalte.

Bei Anwesenheit eines der ersten drei Symptome wird der Patient

der Klasse S zugeordnet; ähnlich ist es bei gleichzeitiger Anwesenheit der beiden Symptome 4 und 5. Schizoaffective Unterklassen können davon abgesondert werden.

Klasse M. Manische Psychosen und affektive Mischpsychosen.
Die Hauptsymptome sind:

1. subjektive Euphorie oder gehobene Stimmung während der Untersuchung
2. Gedankendrängen
3. Größenideen
4. Größenwahn
5. Ideenflucht
6. Überaktivität.

Das erste Symptom muß zusammen mit mindestens einem der anderen Symptome vorkommen und Symptome der Klasse S dürfen nicht anwesend sein. Eine hypomanische Unterklasse kann davon abgesondert werden. Affektive Mischzustände sind eingeschlossen.

Klasse P. Paranoide Psychosen.

Die Hauptsymptome sind:

1. Wahn (andere als Symptome ersten Ranges)
2. Halluzinationen (nicht akustisch).

Diese Klasse enthält Patienten mit Wahnformen und Halluzinationen, die nicht zu den Merkmalen der Klassen S, M oder D zählen. Besonders enge Beziehung zu der Klasse P haben die Diagnosen 297.0 nach ICD-Klassifikation (einfache paranoide Psychose) und 297.9 (nicht näher bezeichnete paranoide Syndrome).

Klasse D. Depressive Psychosen.

Die Hauptsymptome sind:

1. depressive Stimmung
2. depressiver Wahn oder depressive Halluzinationen.

Beide Symptome müssen anwesend und Symptome der Klasse S oder M abwesend sein.

Für die katamnestische Untersuchung mußten drei Fälle ausgesondert werden: Bei zweien handelte es sich um Gastarbeiterinnen mit sehr lückenhaften Deutschkenntnissen, eine Patientin hatte sich nach der Entlassung suicidiert. Den restlichen 66 Patientinnen wurde ein Schreiben zugesandt mit der Bitte, sich an der Untersuchung zu beteiligen. Dabei wurde die Möglichkeit angeboten, in die Universitätsnervenklinik zu kommen oder sich zu Hause besuchen zu lassen.

Die Verteilung der Antworten auf die einzelnen Jahrgänge ergibt sich aus Tabelle 2.

3.3. Instrumentarium.

Um eine Stabilität der Beurteilung zu sichern, mußte das bei der Untersuchung verwendete Dokumentationssystem sowohl für eine einheitliche und möglichst vollständige Erfassung der in den Krankenakten niedergelegten Informationen als auch für die katamnestische Nachuntersuchung geeignet sein. Diese Bedingungen fanden wir bei folgenden psychopathologischen Meßinstrumenten erfüllt: Beim PSE bzw. SCL von Wing et al. in der deutschen Übersetzung von Cranach und beim GAS von Spitzer et al. Zusätzlich wurde ein halbstandardisierter Fragebogen zur Erfassung spezieller anamnestischer Daten verwendet.

Wing veröffentlichte 1967 nach zahlreichen Vorstudien das PSE-System. Eine genaue Darstellung der Entwicklung und Prüfung dieser Skalen findet sich bei Wing (1974). Dem PSE liegt im Wesentlichen die Phänomenologie der klassischen Psychiatrie zugrunde. Ziel der Untersuchung mit dem PSE-System ist eine systematische Erhebung und exakte Quantifizierung des psychopathologischen Befundes nach genau definierten Anweisungen. Durch eine Standardisierung der Interviewtechnik soll eine größere Zuverlässigkeit und bessere Vergleichbarkeit in der psychiatrischen Diagnostik erreicht werden.

Ferner wird die GAS nach Spitzer (Spitzer et al. 1976) verwendet. Es handelt sich dabei um eine Intervallskala zur Einschätzung des Schweregrades der psychischen Erkrankung. Bei der Beurteilung werden neben dem Ausprägungsgrad der psychotischen oder neurotischen Symptomatik noch die psychosoziale Leistungsfähigkeit als weiteres Kriterium berücksichtigt. Die GAS bezieht sich also im Gegensatz zu den meisten anderen in der Psychiatrie verwendeten rating scales nicht nur auf die psychopathologische Symptomatik, sondern auch auf die psychosoziale Leistungsfähigkeit des Patienten. Der Skalenbereich geht von 1 bis 100 und gliedert sich in zehn Intervalle, die jeweils in zehn Einzelwerte unterteilt sind. Die beiden Intervalle zwischen 80 und 100 umfassen den Bereich seelischer Gesundheit, das nächste Intervall zwischen 70 und 79 gilt dem Bereich leichter neurotischer Störungen, zwischen 40 und 69 liegen behandlungsbedürftige, aber nicht unbedingt zur Hospitalisierung führende Störungen, im Bereich zwischen 1 und 39 liegen schwere psychische Erkrankungen.

Die Reliabilität und Validität des Instrumentes werden von Spitzer et al. (1976) untersucht. Die Autoren betonen ausdrücklich, daß dieses Instrument auch geeignet ist zur Beurteilung einzelner Krankheitsepisoden aus den Krankenakten. In einem speziell für die Auswertung der Krankengeschichten entwickelten halbstandardisierten Fragebogen werden zusätzliche anamnestiche Daten erfaßt. Für die Katamnese wurde ebenfalls ein halbstandardisierter Fragebogen zur Verlaufsbeurteilung verwendet.

3.4. Untersuchungsgang.

Der Untersuchungsgang besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil wird mit Hilfe von Syndrom Check List und Global Assessment Scale die erste Episode einer Wochenbettpsychose aus den Krankenakten beurteilt. Im zweiten Teil des Untersuchungsganges

werden 22 Patientinnen nachuntersucht.

Aus den Krankenakten werden folgende Daten entnommen: Angaben über Familienstand, soziale Integration und familiäre Konflikte, Angaben über Zahl und Verlauf früherer Schwangerschaften, Angaben über den Verlauf der jetzigen Schwangerschaft und über Art und Zeitpunkt des Beginnes der Wochenbettpsychose. Der Schweregrad der psychischen Erkrankungen bei der ersten Episode einer Wochenbettpsychose wurde mit der GAS-Skala geschätzt und die psychopathologische Symptomatik des Querschnittbildes mit der SCL beurteilt.

Die Nachuntersuchung fand bei zwölf Patientinnen in der Universitätsnervenklinik statt. Drei weitere Patientinnen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung in stationärer Behandlung, sieben Patientinnen wurden zu Hause besucht. Die Dauer des Interviews betrug zwei bis drei Stunden. In einem halbstandardisierten Interview wurde nach dem Krankheitsverlauf, der Zahl der Hospitalisierungen und nach ambulanter Betreuung gefragt. Im standardisierten Teil des Interviews wurde der psychopathologische Befund mit Hilfe des Present State Examination erhoben. Der Schweregrad der psychischen Erkrankung wird nach dem Interview mit der Global Assessment Scale geschätzt.

3.5. Auswertung.

Die Querschnittsbefunde während des stationären Aufenthaltes werden mit den aus den SCL-Werten gewonnenen Syndromprofilen beschrieben. Die in der Krankenakte beschriebene Episode der Wochenbettpsychose und der bei der Nachuntersuchung mit dem Present State Examination erhobene Befund werden mit den Categoklassen beschrieben. Die psychosoziale Leistungsfähigkeit bei der stationären Aufnahme, bei der Entlassung und bei der Katamnese werden mit Hilfe der Global Assessment Scale geschätzt und aus den GAS-Werten werden Mittelwerte berechnet. Projektdiagnosen werden nach dem Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Erkrankungen (ICD) gestellt.

Jahrgang	Anzahl der Fälle
1977	11
1976	14
1975	5
1974	2
1973	4
1972	3
1971	3
1970	3
1969	4
1968	3
1967	3
1966	2
1965	3
1964	3

Tabelle 1: Verteilung
der Fälle über die
einzelnen Jahrgänge.

Jahrgang	Anzahl der Fälle
1963	0
1962	4
1961	0
1960	2

Fortsetzung Tabelle 1

abgesandte Briefe	66
keine Reaktion	36
ausgewandert	2
Absagen	2
Retouren der Post	4
hospitalisiert	3
Nachuntersuchung in der Klinik	12
Nachuntersuchung zu Hause	7

Tabelle 2

4. Ergebnisse

4.1. Symptomatik

Die bei der Textuntersuchung aus den Aufnahmebefunden nach der Syndrom Check List gewonnenen Syndrome sind in Tab. 3 dargestellt. Die Zeilen entsprechen 20 Syndromen, die Spalten 69 Patienten. Im einzelnen haben die Syndrome folgende Bedeutung:

- OV: Überaktivität: Erregung, distanzloses Verhalten, schamloses Verhalten
- SL: Verlangsamung: Verlangsamung und Aktivitätsverlust, verlangsamte Sprache, Mutismus, Einschränkung der Sprachäußerungen
- CS: Katatonies Syndrom: Manierismen und bizarre Körperhaltung, katatone Bewegungsstörungen
- IS: Inkohärente Sprache: Neologismen, Inkohärenz der Sprache
- RS: Residualsyndrom: Hören von Murmeln oder Flüstern, Verhalten, das für Halluzinationen spricht, nichtkommunikative Sprache
- AF: Affektverarmung: Affektverarmung
- NS: Kernsyndrom: Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, kommentierende Gedanken, Gedankenentzug, Stimmen, die über den Patienten sprechen, wahnhaftes Störung des Icherlebens, Wahn, von fremden Kräften durchdrungen zu werden, primäre Wahninhalte
- AH: Akustische Halluzinationen: Stimmen, die zum Patienten sprechen
- PE: Verfolgungswahn: Verfolgungswahn
- RE: Beziehungswahn: Wahnhaftes Beziehungsideen, wahnhaftes Mißdeutungen
- SH: Optische Halluzinationen: Optische Halluzinationen
- OH: Geruchshalluzinationen: Geruchshalluzinationen

- GR: Größenwahn und religiöser Wahn: Wahn, außergewöhnliche Fähigkeiten zu besitzen, Größenwahn, religiöser Wahn
- HM: Hypomanie: Expansive Stimmung, Gedankendrängen, Größenideen und damit übereinstimmende Handlungen, hypomanische Stimmungslage, hypomanische Sprachinhalte
- DD: Depressive Wahninhalte und Halluzinationen: Depressive Halluzinationen, Schuldwahn, hypochondrischer Wahn, Katastrophenwahn
- ED: Spezielle depressive Symptome: Herabgesetztes Selbstwertgefühl, Beziehungsideen mit Schuldinhalten, krankhafte Schuldgefühle, gedämpfte Wahrnehmung, Gefühl des Affektverlustes
- SD: Einfache Depression: Ineffizientes Denken, depressive Stimmung, Hoffnungslosigkeit, suicidale Absichten oder Handlungen, bei der Untersuchung beobachtete Depression
- GA: Allgemeine Angst: Angst, Panikattacken, bei der Untersuchung beobachtete Angst
- SA: Situationsbedingte Angst: Situationsbedingte Angst, spezielle Phobien, Vermeidung von angstausslösenden Situationen
- ON: Zwangssyndrom: Kontroll- und Wiederholungszwang, Sauberkeitszwänge und ähnliche Rituale, Zwangsgedanken und Zwangsgrübeln

Die ersten zwanzig Syndrome entsprechen den von Wing in der SCL verwendeten Syndromen. Zusätzlich werden von uns noch zwei Syndrome eingeführt:

AL: Affektlabilität

AM: Setzt sich zusammen aus den Syndromen OV, IS, RE, SH. Zusätzlich wird noch das Symptom organic impairment of memory aus dem PSE verwendet in dem Sinne, daß eine Amnesie für die Zeitspanne der Erkrankung besteht. Die Anwesenheit des Syndroms Amentia ist abhängig vom Vorhandensein von mindestens einem der genannten Merkmale. Das Syndrom Amentia finden wir bei 41 Fällen.

In Tabelle 3 bedeutet 0 das Fehlen, 1 die Anwesenheit des betreffenden Syndroms. Sowohl bei der Erzeugung der PSE-Syndrome als auch bei der Erzeugung der PSE-Klassen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit auf die weitere Auffächerung der Syndrome bzw. Klassen mit (+) (fraglich vorhanden) bzw. (++) (sicher vorhanden) verzichtet.

Aus den PSE-Items wurden die 37 PSE-Syndrome gebildet, von denen hier nur zwanzig verwendet wurden. Aus den 37 PSE-Syndromen werden 50 Categoklassen gebildet. Die Categounterklassen werden zusammengefaßt zu 16 Categohauptklassen. Die Categohauptklassen sind keine nosologischen Klassen. In der vorliegenden Arbeit wurden nur vier der von Wing verwendeten Categohauptklassen verwendet. Die Charakteristika dieser Hauptklassen wurden in 3.3 ausführlich dargestellt. Die Verteilung der PSE-Syndrome auf die Categohauptklassen ist in Tab. 4 dargestellt.

Wing et al. (1974) definieren eine breite schizoaffektive Kategorie, die sich zusammensetzt aus Categounterklassen. Die Bedeutung dieser Categounterklassen ist nachzulesen in dem Artikel von Brockington (Brockington et al. 1979). Die schizoaffektive Kategorie beinhaltet folgende Unterklassen:

DPPD: eine Kombination von paranoiden Wahninhalten und Depression

DPMN: eine Kombination von paranoiden Wahninhalten und manischen Symptomen

CSPD: eine Kombination von Katatonie und Depression

CSMN: eine Kombination von Katatonie und Manie

RSMN: eine Kombination von Residualsyndrom und manischen Symptomen

RSPD: eine Kombination von Residualsyndrom und Depression

NSMN: eine Kombination von Kernsyndrom und Manie

NSPD: eine Kombination von Kernsyndrom und Depression

MNCS: eine Kombination wie CSMN, aber mit überwiegend manischer Symptomatik

MNRS: eine Kombination wie RSMN, aber mit überwiegend manischer Symptomatik

PDRS: eine Kombination wie RSPD, aber mit überwiegend depressiver Symptomatik

Die schizoaffective Kategorie besteht aus einer Kombination von schizophrenen oder paranoiden mit manischen oder depressiven Symptomen. In Tab. 5 (Zuordnung der Categohauptklassen zur schizoaffectiven Kategorie) werden die zu den Querschnittsbildern der Indexuntersuchung gehörenden Categohauptklassen der schizoaffectiven Kategorie zugeordnet. Unter den Querschnittsbildern der Indexuntersuchung finden sich nur die Categohauptklassen S, P, M, D.

Ziehen wir aus den Categoklassen alle Patienten, die zur schizoaffectiven Klasse gehören, heraus, so verbleibt in der Klasse S nur noch ein Patient. Zur schizoaffectiven Klasse gehören 23 Patienten, zur Klasse M acht, zur Klasse P sechs, zur Klasse D 31.

In Abbildung 1-4 sind die Syndromprofile der Categoklassen P, S, M und D dargestellt. In Abbildung 5 ist das Syndromprofil der schizoaffectiven Klasse, die sich zusammensetzt aus Categoklassen von P, S und M, wiedergegeben.

Beim Vergleich mit den Syndromprofilen von Wing (1974) kommt man zu folgenden Ergebnissen (in Klammern werden die von Wing festgestellten prozentualen Häufigkeiten der Syndrome in der betreffenden Categoklasse angegeben):

Categoklasse P:

Ähnliche Ergebnisse sind zu finden bei CS: 0% (0%), RS: 5% (7%), NS: 0% (0%), SH: 25% (13%), OH: 10% (8%), GR: 10% (12%), HM: 20% (10%), ED: 25% (19%), GA: 45% (40%), SA: 10% (14%), ON: 0% (10%).

Unterschiedliche Ergebnisse werden bei folgenden Syndromen

festgestellt: OV: 50% (0%), SL: 40% (20%), IS: 50% (20%),
AF: 15% (33%), AH: 20% (0%), PE: 40% (68%), RE: 70% (48%),
DD: 30% (0%), SD: 50% (70%).

Categoklasse S:

Ähnliche Ergebnisse werden bei folgenden Syndromen festgestellt: SL: 37,5% (35%), CS: 12,5% (10%), IS: 25% (30%),
HM: 25% (28%), ED: 37,5% (37%).

Unterschiedliche Ergebnisse finden sich bei folgenden Syndromen:

OV: 25% (10%), RS: 0% (20%), AF: 12,5% (49%), NS: 100% (80%),
AH: 25% (78%), PE: 87,5% (60%), RE: 75% (60%), SH: 25% (42%),
OH: 0% (18%), GR: 12,5% (30%), DD: 75% (18%), SD: 68,5% (82%),
GA: 37,5% (52%), SA: 0% (17%), ON: 0% (17%).

Categoklasse M:

Ähnliche Ergebnisse werden bei folgenden Syndromen festgestellt:

IS: 30% (40%), RS: 20% (22%), AF: 10% (20%), NS: 0% (2%), AH:
10% (10%), PE: 20% (29%), SH: 10% (12%), OH: 0% (0%), HM: 100%
(100%), DD: 0% (2%), ED: 0% (10%), ON: 0% (5%).

Unterschiedliche Ergebnisse sind bei folgenden Syndromen

zu finden: OV: 40% (20%), SL: 0% (20%), CS: 20% (0%), RE: 80%
(25%), GR: 90% (40%), SD: 0% (50%), GA: 20% (38%), SA: 0% (18%).

Categoklasse D:

Ähnliche Ergebnisse finden sich bei folgenden Syndromen:

OV: 6,5% (0%), CS: 0% (0%), IS: 9,7% (4%), RS: 0% (5%), NS:
0% (0%), AH: 0% (2%), PE: 19,5% (10%), SH: 0% (10%), OH: 0% (6%),
GR: 0% (2%), HM: 0% (4%), SD: 96,8% (100%).

Unterschiedliche Ergebnisse finden sich bei folgenden Syndromen:

SL: 54,8% (68%), AF: 9,6% (27%), RE: 22,7% (9%), DD: 70,1% (38%),
ED: 90,1% (38%), GA: 29% (60%), SA: 0% (20%), ON: 6,5% (19%).

Beim Vergleich der einzelnen Profile untereinander fällt die relative Häufigkeit von OV, IS, RE und SD in der Categoklasse P auf. In der Categoklasse S sind folgende Syndrome am häufigsten vertreten: NS, PE, RE, DD und SD. In der Categoklasse M kommen RE, GR und HM am häufigsten vor. In der Categoklasse D sind SL, DD, SD und ED am häufigsten. In der Gruppe der schizoaffektiven Psychosen kommen OV, PE, RE und SD am häufigsten vor.

Syindr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
OV	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0
SL	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IS	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0
RS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AF	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AH	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
PE	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0
RE	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1
SH	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
OH	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HM	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DD	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
ED	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
SD	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1
GA	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0
SA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AL	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
AM	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1

Tabelle 3: Symptomatik: Die Kompartimente 1-20 entsprechen der Categoklasse P, die Kompartimente 21-28 der Categoklasse S, die Kompartimente 29-38 der Categoklasse M, die Kompartimente 39-69 der Categoklasse D.

Syindr.	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
OV	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
SL	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0
CS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IS	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
RS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AF	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
NS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PE	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
RE	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DD	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0
ED	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
SD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GA	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
SA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ON	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
AL	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
AM	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0

Syindr.	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
OV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SL	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0
CS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PE	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
RE	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
SH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DD	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1
ED	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SD	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
GA	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0
SA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AL	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
AM	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1

Syndrom	Catego P	Catego S	Catego M	Catego D
OV	10	2	4	2
SL	8	3	0	17
CS	0	1	2	0
IS	10	2	4	3
RS	1	0	2	0
AF	3	1	1	3
NS	0	8	0	0
AH	4	2	1	0
PE	8	7	2	6
RE	14	6	8	7
SH	5	2	1	0
OH	2	0	0	0
GR	2	1	9	0
HM	4	2	10	0
DD	6	6	0	22
ED	5	3	0	28
SD	10	5	0	30
GA	9	3	2	9
SA	2	0	0	0
ON	0	0	0	2
AL	8	1	2	3
AM	18	6	9	9
	n = 20	n = 8	n = 10	n = 31

Tabelle 4: Die Verteilung der PSE-Syndrome auf die Catego-klassen

Syndrom	P	S	M	D	Schizoaff.
OV	2	0	2	2	12
SL	2	0	0	17	9
CS	0	0	0	0	3
IS	4	0	2	3	10
RS	1	0	0	0	2
AF	1	0	1	3	3
NS	0	1	0	0	7
AH	0	0	0	0	7
PE	2	1	2	6	12
RE	3	1	7	7	17
SH	1	0	1	0	6
OH	1	0	0	0	1
GR	0	0	7	0	5
HM	0	0	8	0	8
DD	0	0	0	22	12
ED	0	0	0	28	8
SD	0	0	0	30	15
GA	3	0	2	9	9
SA	1	0	0	0	1
ON	0	0	0	2	0
AL	2	0	1	3	8
AM	6	1	7	9	19
	n = 6	n = 1	n = 8	n = 31	n = 23

Tabelle 5: Die Zuordnung der PSE-Syndrome zu den Categoklassen unter Berücksichtigung der schizoaffektiven Klasse

Categoklasse	P	S	M	D
Schizoaffektiv	14	7	2	0

Tabelle 5a: Die Verteilung der schizoaffektiven Klasse auf die Categoklassen

% syndromes

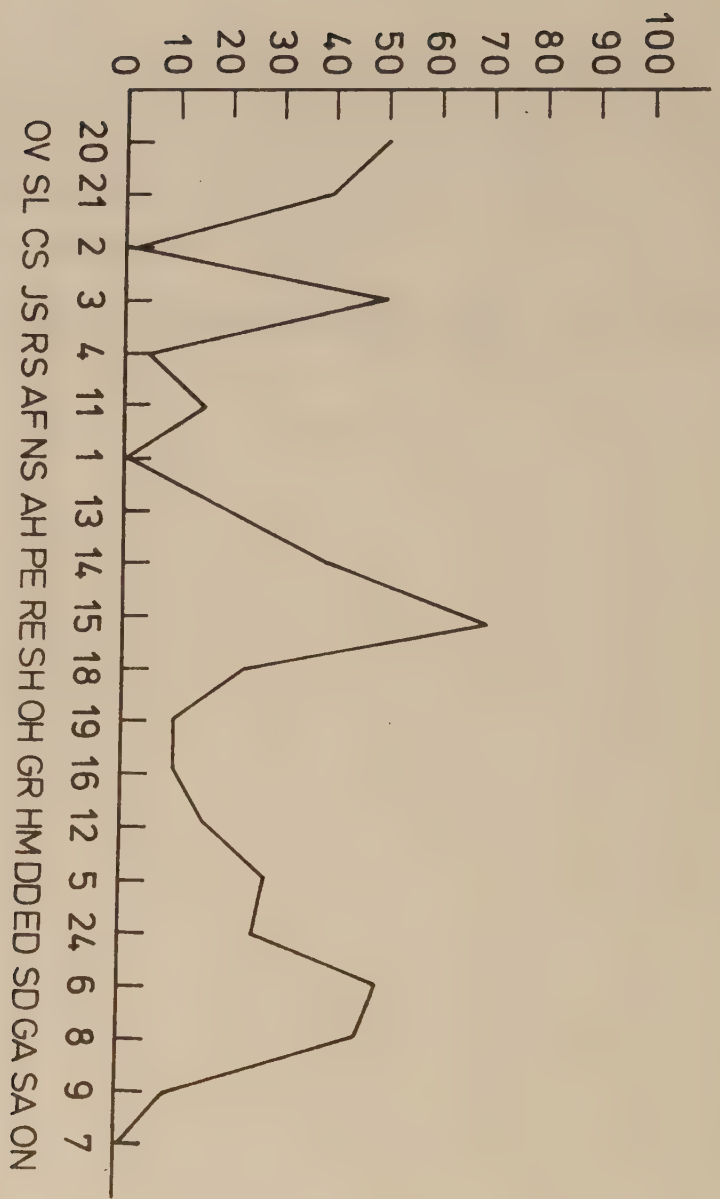


Abb. 1: Syndromprofil der Categorygruppe P (paranoid)

% syndromes

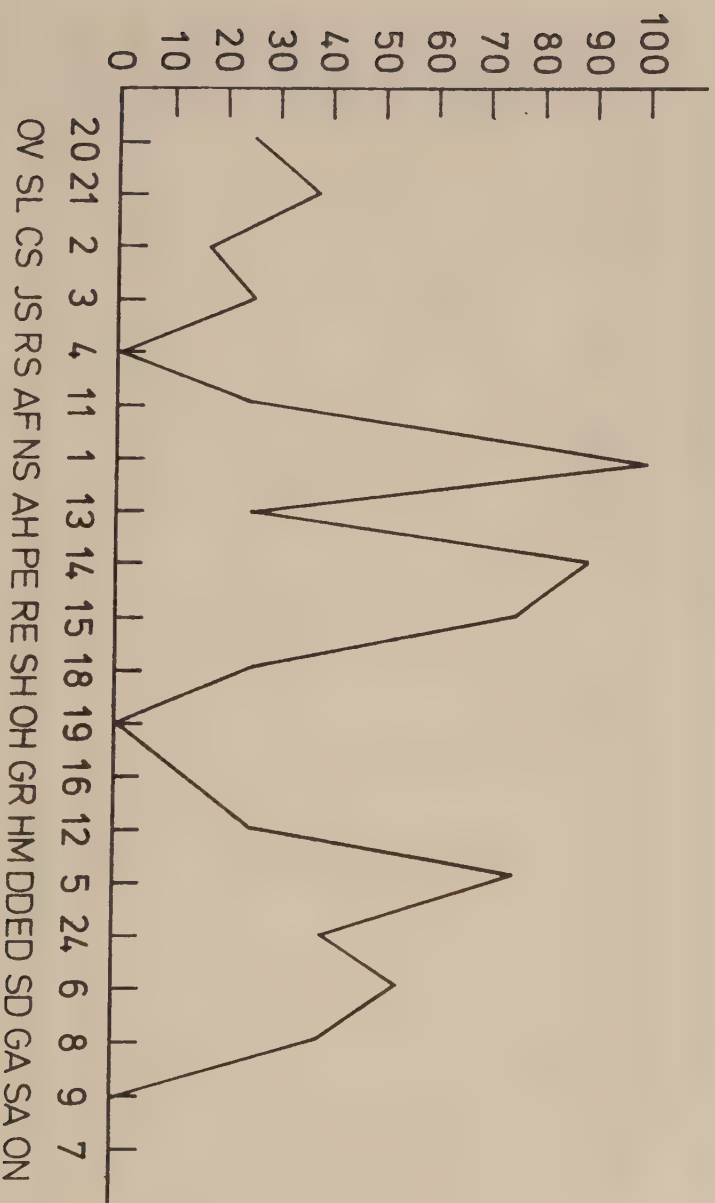


Abb. 2: Syndromprofil der Cateoggruppe S (schizophren)

% syndromes

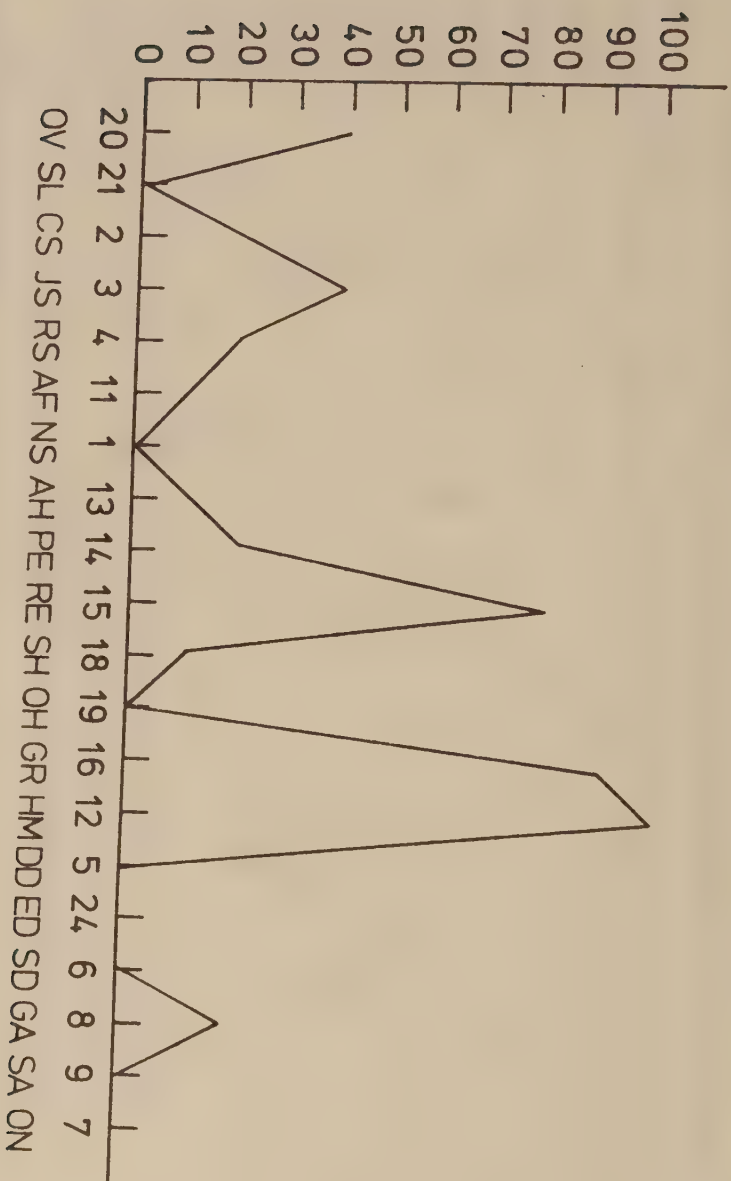


Abb. 3: Syndromprofil der Cateogogruppe M (manisch)

% syndromes

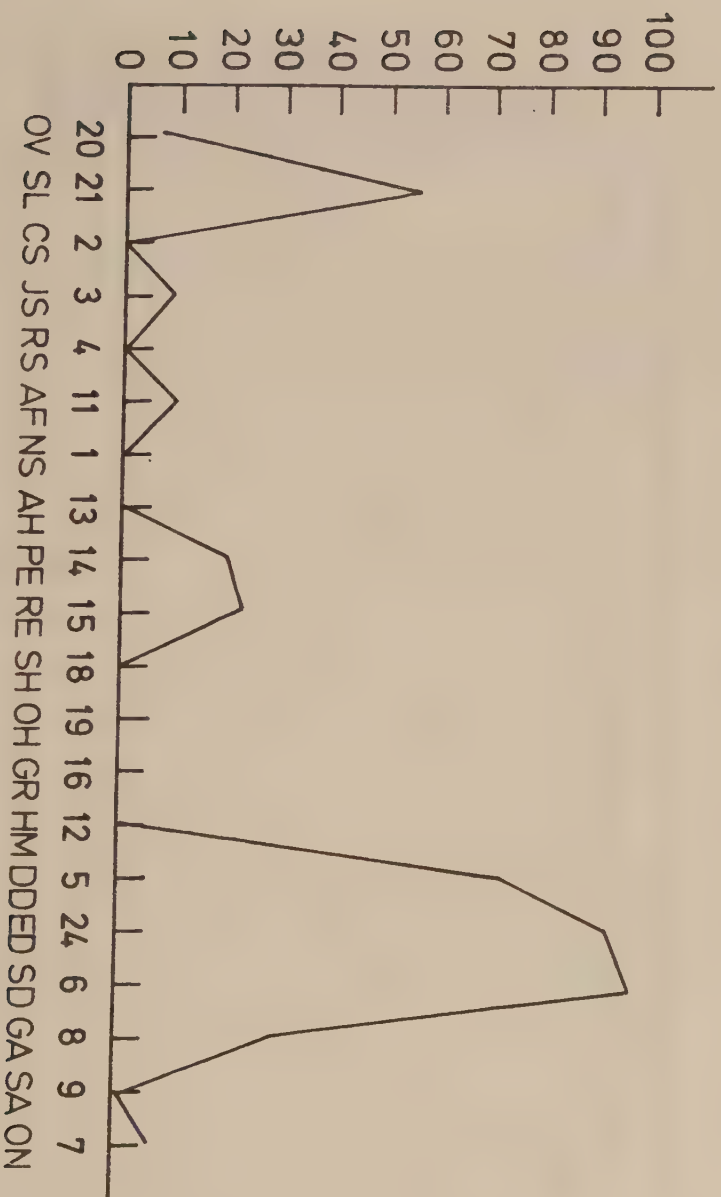


Abb. 4: Syndromprofil der Cateogogruppe D (depressiv)

% syndromes

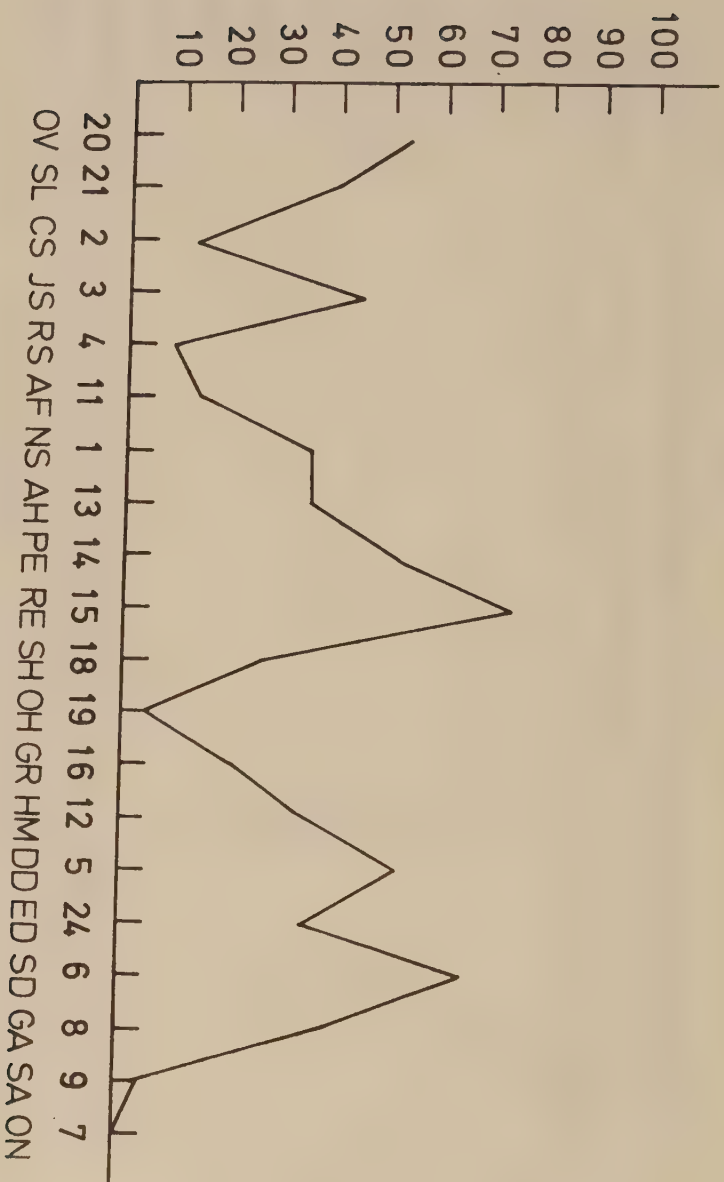


Abb. 5: Syndromprofil der Cateogruppe schizoauffektiv

4.2. Erstellung der Projektdiagnosen

Die Diagnosen werden im Einklang mit den ICD-Kriterien (Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten Vierte Auflage) gestellt.

Bei 6 Fällen wurde die Diagnose "Psychose im Puerperium bei anderen körperlichen Störungen" gestellt (ICD 294.4). Die im Aufnahmebefund gewonnenen Syndrome sind in Spalte 1-6 dargestellt. In 5 Fällen bestand eine hochfieberhafte Erkrankung, dreimal bei einer Mastitits, einmal bei einer Nephritis und einmal bei einer Maserninfektion. In einem Fall war eine Ekklampsie aufgetreten.

Bei 31 Fällen wurde die Diagnose einer Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Depression gestellt (ICD 296.2), sämtliche Fälle gehören zur Categoklasse D. Die im Aufnahmebefund gewonnenen Syndrome sind in Spalte 39-69 aufgeführt.

In 10 Fällen wurde die Diagnose einer Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose oder einer periodischen Manie gestellt (ICD 296.1). Die aus dem Aufnahmebefund gewonnenen Syndrome sind in Spalte 29-38 aufgeführt. Sämtliche Fälle gehören zur Categoklasse M.

In 22 Fällen wurde die Diagnose einer akuten schizophrenen Episode gestellt (ICD 295.4). Die aus dem Aufnahmebefund gewonnenen Syndrome sind in Spalte 7-28 aufgeführt. Die Fälle gehören zur Categoklasse P (Spalte 7-20) oder zur Categoklasse S (Spalte 21-28).

4.3. Erkrankungsbeginn

Pauleikoff (1964) ordnete bestimmten Zeitabschnitten nach der Entbindung charakteristische psychopathologische Syndrome zu. Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurde im folgenden seine Einteilung übernommen. Dabei sei noch einmal daran erinnert, daß in der vorliegenden Arbeit nur Psychosen erfaßt werden, die sich in einem Zeitraum von sechs Wochen nach der Entbindung manifestieren.

Über die Projektdiagnosen ergibt sich folgende Verteilung:

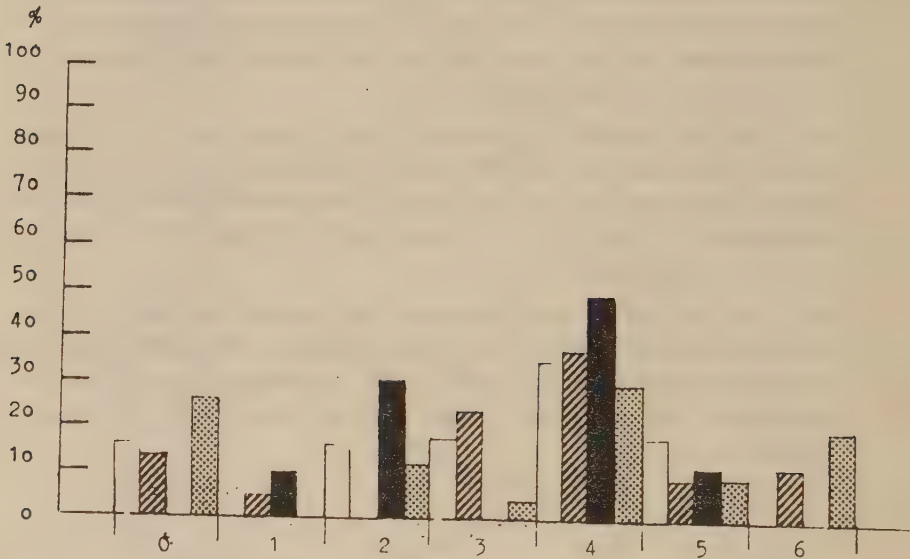


Abb. 6: Zeitpunkt der Erkrankung bei den einzelnen Diagnosegruppen.

-  Symptomatische Psychosen
-  Schizophrene Episoden
-  Manien
-  Depressionen

Tabelle 6 gibt einen Überblick über den Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns

Zeitpunkt	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
0	1	3	0	8
1	0	1	1	0
2	1	0	3	4
3	1	5	0	1
4	2	8	5	9
5	1	2	1	3
6	0	3	0	6

Tabelle 6: Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns

0: Zeitpunkt unbekannt

1: Erkrankung am ersten oder zweiten Tag postpartum

2: Erkrankung am dritten, vierten oder fünften Tag

3: Erkrankung am sechsten, siebten oder achten Tag

4: Erkrankung in der zweiten Woche

5: Erkrankung in der dritten oder vierten Woche

6: Erkrankung in der fünften oder sechsten Woche

In Tab. 7 ist die Art des Erkrankungsbeginns dargestellt.

Beginn	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
hochakut	5	13	8	12
akut	1	4	2	9
langsam	0	5	0	10

Tabelle 7: Art des Erkrankungsbeginns.

Die meisten symptomatischen Psychosen und die meisten Manien beginnen hochakut. Bei den schizophrenen Episoden beginnt etwa die Hälfte hochakut, ein Viertel akut und ein Viertel langsam. Bei den Depressionen beginnt etwa ein Drittel langsam und ein Drittel akut und ein weiteres Drittel hochakut.

4.4. Verlauf der Schwangerschaft

Tab. 8 gibt einen Überblick über den Schwangerschaftsverlauf

	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
Unauffällig	4	13	10	24
Komplikationen	1	0	0	0
Psychisch auffällig	1	9	0	7

Tabelle 8: Verlauf der Schwangerschaft

Es fällt der hohe Anteil psychischer Auffälligkeiten in der Gruppe der schizophrenen Episoden auf. Bei vier Fällen traten depressive Verstimmungszustände auf. Bei fünf Patientinnen kam es zu Verhaltensauffälligkeiten, die möglicherweise bereits im Rahmen der Psychose zu verstehen sind. Die Patientinnen waren mißtrauisch, zogen sich zurück und waren ohne äußeren Anlaß stark aggressiv.

Bei den puerperalen Depressionen kam es in sieben Fällen zu längeren depressiven Verstimmungen während der Schwangerschaft. Bei den symptomatischen Psychosen trat einmal während der Schwangerschaft eine schwere Nephritis auf.

4.5. Erkrankungsalter

Die Altersverteilung bei den einzelnen Projektdiagnosen ist aus Tab. 9 zu entnehmen.

Alter	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
unter 20	0	2	0	1
20 - 24	2	3	3	8
25 - 29	2	10	5	13
30 - 34	2	3	2	5
35 - 39	0	4	0	2
40 - 44	0	0	0	2

Tabelle 9: Erkrankungsalter

Der Mittelwert der Gesamtstichprobe lag bei 27,4 Jahren bei einer Streuung von 5,25. Bei den Depressionen lag das Durchschnittsalter bei 27,7 (Streuung 6), bei den Manien bei 26,3 (Streuung 3,8), bei den symptomatischen Psychosen bei 26,1 (Streuung 4,1) und bei den schizophrenen Episoden bei 27,7 (Streuung 5,1).

4.6. Parität

Tab. 10 gibt einen Überblick über die Verteilung der Geburtstanzahl bei den Puerperalpsychosen.

Geburten	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
erste	4	15	7	25
zweite	2	3	3	5
dritte	0	2	0	1
vierte	0	2	0	0

Tabelle 10: Parität und Wochenbettpsychose

Die meisten Frauen erkrankten im Anschluß an die erste Entbindung. Hinsichtlich Parität und Art der Wochenbettpsychose finden sich keine wesentlichen Unterschiede. In sämtlichen Diagnosegruppen traten bei annähernd zwei Drittel der Fälle die Psychosen nach der ersten Geburt auf.

4.7. Zivilstand

Tab. 11 gibt einen Überblick über den Anteil lediger und verheirateter Patientinnen in den einzelnen Diagnosegruppen

	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
ledig	1	3	1	0
verh.	4	19	8	30
wegen Kind geheiratet	1	0	1	1

Tabelle 11: Zivilstand

Bei der tabellarischen Übersicht zum Zivilstand in den einzelnen Diagnosegruppen fällt der relativ hohe Anteil lediger Mütter unter den Patientinnen mit schizophrenen Episoden im Puerperium auf, während sich unter den puerperalen Depressionen keine einzige unverheiratete Patientin findet.

4.8. Soziale Einordnung

Tab. 12 gibt einen Überblick über die soziale Einordnung bei Patientinnen mit Wochenbettpsychosen.

	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
unauffäll.	6	16	9	29
gestört	0	6	1	2

Tabelle 12: Soziale Einordnung.

Auch hier fällt der hohe Anteil von Patientinnen mit gestörter sozialer Einordnung in der Diagnosegruppe schizophrene Episode auf.

4.9. Häusliche Situation

Tab. 13 gibt einen Überblick über die häusliche Situation bei Patientinnen mit Wochenbettpsychosen.

	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
unauff.	5	12	9	25
belast.	1	7	0	5
stark belast.	0	3	1	1

Tabelle 13: Häusliche Situation.

Auch hier fällt wiederum der hohe Anteil von Patientinnen aus der Diagnosegruppe schizophrene Episode auf, bei dem die häusliche Situation als belastend oder stark belastend empfunden wird.

4.10. Stationärer Aufenthalt

Tab. 14 gibt einen Überblick über die Dauer des stationären Aufenthaltes. Aufgrund der großen Streuung haben die Werte nur eine begrenzte Aussage.

Aufenth.- Dauer (Tage)	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
Mittel- wert	29,3	56,5	62,7	57,9
Streuung	15,87	33,72	42,75	42,05

Tabelle 14: Dauer des stationären Aufenthaltes.

Tab. 15 gibt einen Überblick über die GAS-Mittelwerte zum Zeitpunkt der Aufnahme. Die niedrigsten GAS-Werte finden sich bei den symptomatischen Psychosen, die höchsten bei den schizophrenen Episoden.

GAS bei Aufnahme	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
Mittelw.	21,67	27,73	26,33	27,68
Streuung	4,12	5,05	3,83	6,04

Tabelle 15: Psychischer Befund bei der Aufnahme.

Tab. 16 gibt einen Überblick über die GAS-Werte bei der Entlassung. In der Diagnosegruppe der symptomatischen Psychosen werden die höchsten Werte erreicht, in der Diagnosegruppe der schizophrenen Episoden die niedrigsten.

GAS b. Entlassung	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
Mittelw.	77,33	61,59	63,51	69,68
Streuung	14,86	14,49	15,92	14,67

Tabelle 16: Psychischer Befund bei der Entlassung.

4.11. Ergebnisse der Katamnese

Insgesamt wurden 22 Patientinnen nachuntersucht, davon stammte eine aus der Diagnosegruppe der symptomatischen Psychosen, vier aus der Diagnosegruppe der Manien, acht aus der Diagnosegruppe der schizophrenen Episoden, neun aus der Diagnosegruppe der Depressionen. Der Zeitpunkt der ersten Beobachtung in der Universitätsnervenklinik ist in Tabelle 17 schematisch dargestellt.

Jahrgang	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
1960-65	1	1	0	2
1966-70	0	0	1	2
1971-75	0	4	0	3
1976-78	0	3	3	2

Tabelle 17: Katamnesezeitraum.

4.11.1. Psychiatrische Anamnese

4.11.1.1. Verlauf

Zur Beurteilung des Krankheitsverlaufes wurden folgende Daten erhoben:

1. Häufigkeit und Dauer ambulanter nervenärztlicher Behandlung
2. Anzahl stationärer Aufenthalte.

Dabei kam es zu folgendem Ergebnis:

Von den acht Patientinnen aus der Gruppe der schizophrenen Episoden waren vier ständig, zwei zeitweise und zwei nie in ambulanter nervenärztlicher Behandlung. Zu weiteren stationären Aufenthalten war es bei drei Fällen gekommen. Der Krankenhausaufenthalt stand nicht in Zusammenhang mit einer Entbindung. Von den vier nachuntersuchten Patientinnen aus der Gruppe der Manien waren eine ständig und zwei zeitweise in ambulanter Therapie. Zwei Patientinnen waren in der Zwischenzeit erneut hospitalisiert worden.

Von den neun Patientinnen aus der Gruppe der Depressionen waren eine ständig und zwei zeitweise in ambulanter Behandlung. Bei zweien war es zu weiteren Hospitalisierungen gekommen.

Aus der Gruppe der symptomatischen Psychosen wurde eine Patientin nachuntersucht, die in der Zwischenzeit nicht mehr psychisch erkrankt war.

Tabelle 18 gibt eine Übersicht über die Häufigkeit ambulanter
nervenärztlicher Betreuung nach Puerperalpsychosen.

	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
keine	1	2	1	6
zeitw.	0	2	2	2
ständig	0	4	1	1

Tabelle 18: Ambulante nervenärztliche Behandlung nach der
Perperalpsychose.

Tabelle 19 gibt eine Übersicht über die Zahl weiterer Hospitalisierungen nach der Puerperalpsychose.

Anzahl	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
0	1	5	2	7
1	0	1	1	1
2	0	0	0	1
3	0	1	0	0
4	0	1	1	0
mehr als 4	0	0	0	0

Tab. 19: Hospitalisierungen nach der Puerperalpsychose

4.11.1.2. Symptomatik

Aus der Gruppe der schizophrenen Episoden waren von acht nachuntersuchten Patientinnen im Beobachtungszeitraum fünf psychisch erkrankt, davon zwei unter einem Bild der Kategorie D, wobei in einem Fall insgesamt drei Phasen im

Zeitraum von vier Jahren aufgetreten waren; im anderen Fall war es im Anschluß an ein weiteres Wochenbett zu einer Depression (Categoklasse D) gekommen (Beobachtungszeitraum: drei Jahre). In einem Fall wurde ein bipolarer Verlauf mit einem Wechsel zwischen Bildern der Categoriadiagnosen D und M angegeben. Die Anzahl der Phasen war nicht zu erfragen (Beobachtungszeitraum: 14 Jahre). In einem Fall bestand ein chronischer Verlauf. Die Patientin war innerhalb eines Katamnesezeitraums von zwei Jahren dreimal wegen einer Symptomatik, die der Categoriadiagnose S entsprach, stationär behandelt worden. Eine weitere Patientin war innerhalb eines Beobachtungszeitraums von sechs Jahren zweimal erkrankt, einmal unter einem Bild der Categoriaklasse P und einmal unter einem Bild der Categoriaklasse M.

Aus der Gruppe der Projektdiagnose Manie wurden vier Patientinnen nachuntersucht. In einem Fall hatte sich im Anschluß an die puerperale Manie eine Depression entwickelt, ein Jahr später war es bei einem weiteren Wochenbett erneut zu einem Krankheitsbild der Categoriaklasse M gekommen. Der Beobachtungszeitraum betrug drei Jahre. Bei einer Patientin war es innerhalb von zehn Jahren zu fünf psychischen Erkrankungen gekommen, davon zweimal unter dem Bild der Categoriadiagnose M, dreimal unter dem Bild der Categoriadiagnose D. Bei einer Patientin war kurz nach der Puerperalpsychose eine Symptomatik der Categoriaklasse D aufgetreten, seitdem war sie psychisch gesund (Beobachtungszeitraum: drei Jahre). Beim vierten Fall war es in einem Beobachtungszeitraum von drei Jahren zu keiner psychischen Erkrankung gekommen.

Aus der Gruppe der Projektdiagnose Depression waren neun Patientinnen nachuntersucht worden. Nur zwei waren in der Zwischenzeit psychisch erkrankt. In einem Fall war es bei einem weiteren Wochenbett zu einem Bild der Categoriaklasse P gekommen. Der Beobachtungszeitraum betrug 17 Jahre. Bei einem weiteren Fall war es bei einer Katamnesedauer von vier Jahren zu zwei Erkrankungen der Categoriadiagnose D und zwei der Categoriadiagnose M gekommen.

Tabelle 20 gibt einen Überblick über die Diagnosen der nach der Puerperalpsychose aufgetretenen psychischen Erkrankungen.

Erkrankungen	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
keine	1	3	1	7
Catego P	0	0	0	1
Catego S	0	1	0	0
Catego D	0	2	1	0
Catego M	0	0	0	0
Wechsel P + M	0	1	0	0
Wechsel D + M	0	1	2	1

Tabelle 20: Categoriadiagnosen der nach der ersten stationären Beobachtung aufgetretenen psychischen Erkrankungen (10 Patientinnen)

4.11.1.3. Soziale Anamnese

Von den 22 nachuntersuchten Frauen waren zwei inzwischen geschieden, eine lebte vom Ehemann getrennt.

Nur eine war nicht mehr in der Lage, ihren Haushalt selbständig zu versorgen. Sie gehörte zur Projektdiagnosegruppe der schizophrenen Episoden. Elf Frauen waren nur im Haushalt tätig, zehn übten außerdem einen Beruf aus.

4.11.1.4. Weitere Schwangerschaften

Von den 22 nachuntersuchten Frauen war es nur bei sechs zu weiteren Schwangerschaften gekommen. Davon trat bei dreien erneut eine Puerperalpsychose auf. Einmal bestand das gleiche Bild wie bei der ersten Wochenbettpsychose (Categodiagnose M), zweimal unterschied sich die Zweiterkrankung in ihrer Symptomatik von der ersten Psychose. Bei einer Patientin war zunächst die unter der Categodiagnose P beschriebene Symptomatik aufgetreten, die Zweiterkrankung entsprach der Categodiagnose D. Bei einer weiteren Patientin war zunächst ein Bild der Categodiagnose D aufgetreten, beim zweiten Mal bestand ein Krankheitsbild, das der Categodiagnose P entsprach.

Tab. 21 gibt einen Überblick über die Diagnosen weiterer im Wochenbett aufgetretener Psychosen.

Diagnose	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
Catego P	0	0	0	1
Catego S	0	0	0	0
Catego D	0	1	0	0
Catego M	0	0	1	0

Tabelle 21: Categodiagnosen weiterer Wochenbettpsychosen.

4.11.2. Psychischer Befund.

Der psychische Befund zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wurde mit dem PSE und der GAS-Skala beurteilt. Die Ergebnisse sollen kurz zusammengefaßt werden.

4.11.2.1. Ergebnisse des PSE

Aus der Diagnosegruppe der schizophrenen Episoden wurden acht Patientinnen nachuntersucht. Sie entsprechen in Tab. 22 den Fällen 1 - 8. Davon war bei dreien der psychopathologische Befund unauffällig. Bei zweien entsprach er der Categoklasse P (Fall 4 - 5), bei einem Fall der Categoklasse S (Fall 6) und bei zweien der Categoklasse D (Fall 7 - 8).

Von den vier nachuntersuchten Patientinnen aus der Diagnosegruppe der Manien (Fall 9 - 12) ergab sich bei dreien ein unauffälliger psychopathologischer Befund (Fall 9 - 11), bei einer entsprach der Befund der Categoklasse M (Fall 12).

Aus der Gruppe der Projektdiagnose Depression wurden neun Patientinnen nachuntersucht (Fall 13 - 21). Davon waren acht zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in ihrem psychopathologischen Befund unauffällig (Fall 13 - 20), einmal ergab sich ein Befund der Categoklasse D (Fall 21).

Aus der Gruppe der symptomatischen Psychosen wurde eine Patientin nachuntersucht, deren Befund unauffällig war (Fall 22).

Syindr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
OV	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
SL	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
CS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
IS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
AH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PE	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
RE	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
VH	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GR	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
HM	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
DD	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
ED	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
SD	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
GA	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
SA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ON	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AL	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabelle 22: Psychischer Befund bei der Nachuntersuchung.

Die Kompartimente 1-8 enthalten Fälle aus der Diagnosegruppe schizophrene Episoden, die Kompartimente 9-12 Fälle aus der Diagnosegruppe Manien, die Kompartimente 13-21 Fälle aus der Diagnosegruppe Depressionen, das Kompartiment 22 enthält einen Fall einer symptomat. Psychose

Syindr.	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
OV	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
SL	0	0	0	0	0	0	0	1	0				
CS	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
IS	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
RS	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
AF	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
NS	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
AH	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
PE	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
RE	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
VH	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
OH	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
GR	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
HM	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
DD	0	0	0	0	0	0	0	1	0				
ED	0	0	0	0	0	0	0	1	0				
SD	0	0	0	0	0	0	0	1	0				
GA	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
SA	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
ON	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
AL	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
AM	0	0	0	0	0	0	0	0	0				

Tabelle 24 gibt eine Übersicht über die Verteilung der Catego-diagnosen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung.

	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
unauffäl- lig	1	3	3	8
Catego P	0	2	0	0
Catego S	0	1	0	0
Catego D	0	2	0	1
Catego M	0	0	1	0

Tabelle 24: Psychischer Befund bei der Nachuntersuchung
(22 Patientinnen)

4.11.2.2. GAS-Werte

Die Verteilung der GAS-Befunde ist aus Tab. 23 zu entnehmen. Für GAS-Werte 40-69 sind fünf Patientinnen aufgeführt. Dabei muß berücksichtigt werden, daß diese Gruppe jene Patientinnen umfaßt, die sich in ambulanter Therapie befinden. Drei Patientinnen waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung hospitalisiert.

GAS	Sympt.Ps.	Schiz.	Manien	Depr.
80 - 100	1	2	2	2
70 - 79	0	0	1	6
40 - 69	0	4	0	1
1 - 39	0	2	1	0

Tabelle 23: GAS-Befunde zum Zeitpunkt der Katamnese.

4.11.3. Diagnosen

In der Nachuntersuchung wurde der Krankheitsverlauf erfaßt und der psychopathologische Befund erhoben. Unter Berücksichtigung der Befund- und Verlaufsdaten und nach der ICD-Klassifikation wurde eine erneute nosologische Zuordnung vorgenommen.

Aus der Gruppe der schizophrenen Episoden waren von insgesamt 22 Fällen 8 nachuntersucht worden. In einem Fall bestand eine Schizophrenie. Bei vier Fällen waren entweder im weiteren Verlauf Depressionen aufgetreten oder es bestand bei der Nachuntersuchung eine depressive Symptomatik.

In zwei Fällen wechselten Phasen manischer und depressiver Symptomatik mit schizophrenen Episoden. Unter Berücksichtigung des Querschnittsbildes der Ersterkrankung kann bei den sechs letztgenannten Fällen die Diagnose einer schizoaffektiven Psychose gestellt werden. Somit handelt es sich bei diesen schizoaffektiven Psychosen nicht nur um deskriptive Diagnosen im Sinne von Brockington et al. (1979), sondern um Krankheitsbilder, die durch den Verlauf bestimmt sind.

Aus der Gruppe der Manien wurden vier Patientinnen nachuntersucht. Davon kann in drei Fällen aufgrund des bipolaren Verlaufs eine Zykllothymie diagnostiziert werden. Bei einer Patientin war es zu keiner weiteren Erkrankung gekommen.

Von den neun nachuntersuchten Patientinnen aus der Gruppe der Depressionen waren sechs nicht wieder psychisch erkrankt. Bei einer Patientin waren weitere Depressionen aufgetreten. Eine hatte eine zweite Puerperalpsychose (Categorgruppe P). In einem Fall bestand eine Zykllothymie.

5. Diskussion

Bevor auf die einzelnen Untersuchungsergebnisse eingegangen wird, sei das Ziel der Untersuchung noch einmal kurz dargestellt. Auf der Grundlage der Ergebnisse einer statistischen Auswertung von 69 Krankengeschichten wurde der Versuch unternommen, Regelmäßigkeiten im klinischen Erscheinungsbild und in den Begleitumständen zu erkennen. In einer anschließenden Nachuntersuchung wird die Frage gestellt, ob sich aus dem Langzeitverlauf neue Gesichtspunkte für eine nosologische Klassifikation ergeben.

Wir sind uns darüber im klaren, daß bei solchen Erhebungen situative Anlässe, soziale Bezüge und Primärpersönlichkeit nur unzureichend erfaßt werden können. Der Schritt von der Kasuistik zur Statistik ist stets mit einem gewissen Informationsverzicht und mit einem beachtlichen Verlust an klinischer Anschaulichkeit verbunden. Eine Untersuchung von Krankengeschichten zum Teil weit zurückliegender Jahre bringt ohne Zweifel Probleme mit sich. Der Großteil unserer Daten beruht auf den in den Krankenakten festgehaltenen klinischen Beobachtungen, deren Validität retrospektiv nicht mehr überprüft werden kann. Das beinhaltet eine Reihe von Fehlerquellen. So kann die Psychopathologie in einzelnen Fällen unzureichend oder inadäquat beschrieben worden sein. Der Erkrankungsbeginn kann ungenau erfaßt oder beim Entlassungsbefund können entscheidende Symptome übersehen worden sein.

Die Ergebnisse der Katamnese stützten sich auf die Angaben der Patienten. Auch wenn von einer denkbar guten Motivation der Probanden und einer größtmöglichen Genauigkeit des Untersuchers ausgegangen wird, kann nicht ausgeschlossen werden, daß in Einzelfällen wesentliche Angaben zur Krankheit nicht gemacht oder vergessen wurden.

In der Diskussion wird zunächst eine Zusammenfassung der

Literaturübersicht gegeben, dann werden die biologischen und sozialen Begleitumstände der Krankheit kurz besprochen, zum Schluß zu Fragen der Symptomatik und Diagnostik der Wochenbett-psychosen Stellung genommen.

5.1. Literaturübersicht

Bevor auf die Ergebnisse eingegangen wird, soll noch einmal ein kurzer Überblick gegeben werden über die wichtigsten Publikationen zur Frage der diagnostischen Einordnung der Puerperal-psychosen.

Marcé (1858) beschreibt für die Puerperalpsychosen einen charakteristischen Verlauf. Sie beginnen hochakut mit einem Delir und gehen dann in eine manische oder depressive Psychose über.

Fürstner (1875) rechnet einen Großteil der Puerperalpsychosen zu Psychosen mit im Vordergrund stehenden affektiven Störungen, aber daneben gibt es auch Krankheitsbilder, die ebenfalls im Puerperium auftreten, sich aber in Symptomatik und Verlauf deutlich von affektiven Krankheitsbildern unterscheiden. Sie beginnen mit einem Stadium akuter Verwirrtheit. Im weiteren Verlauf treten Stupor und Mutismus auf. In den meisten Fällen setzt eine Vollremission ein. Aber die Krankheit kann auch in eine Demenz übergehen.

Durch Bonhoeffer (1912) taucht die Frage auf, ob es sich bei den Puerperalpsychosen um exogene Reaktionstypen handelt oder um Krankheitsbilder, die sich in ihrer Symptomatik klar abgrenzen lassen von Bildern des exogenen Reaktionstyps. Die weitere Literatur beschäftigt sich im Wesentlichen mit der Abgrenzung von Schizophrenien, depressiven Erkrankungen und exogenen Reaktionstypen.

Nach Aschaffenburg (1901) ist Dementia praecox die häufigste psychiatrische Erkrankung im Wochenbett. Eine nosologische

Sonderstellung der Puerperalpsychosen bestreitet er.

Nach Jolly (1911) bildet die Amentia die Hauptgruppe der Psychosen im Wochenbett.

Beckmann (1933) bemüht sich, bei der Untersuchung der Puerperalpsychosen Verläufe zu berücksichtigen und postuliert einen "formalen Idealtypus des Ablaufs" mit amentiellem Anfangsstadium, paranoid-halluzinatorischem Durchgangsstadium und daran anschließender manischer oder depressiver Erkrankung.

Mentzos (1967) ordnet die Puerperalpsychosen den atypischen phasischen Psychosen zu.

Nach Dean und Kendell (1981) sind die häufigsten Diagnosen nach Research Diagnostic Criteria depressive Krankheitsbilder, danach kommen der Häufigkeit nach manische Krankheitsbilder, einige wenige schizoaffektive Psychosen und nur ein Fall einer wahrscheinlichen Schizophrenie.

5.2. Der Zeitpunkt der Erkrankung

Die Frage nach dem Manifestationstermin der Puerperalpsychosen gewinnt durch die Untersuchungen Pauleikoffs (1964) besondere Bedeutung. Darin wurden den einzelnen Zeitabschnitten nach der Entbindung bestimmte klinische Bilder zugeordnet. Die Ergebnisse seien hier nur kurz zusammengefaßt: In den ersten beiden Tagen nach der Geburt treten niemals, am sechsten bis achten und am elften bis dreizehnten Tag auffallend selten Wochenbettpsychosen auf. Bei den am dritten bis fünften Tag auftretenden Psychosen handelt es sich vorwiegend um amentielle und manische Bilder, die nach einer späteren Geburt oder sonst im Leben kaum mehr wiederkehren. Am zehnten Tag nach der Entbindung treten endogene Depressionen auf, die eine hohe Rezidivquote haben. In der dritten und vierten Woche nach der Entbindung entstehen atypische Depressionen, die im späteren Leben wiederkehren können. Im zweiten Monat treten vorwiegend

endogene Depressionen mit phasenhaftem Verlauf auf. Drei bis vier Monate nach der Entbindung manifestiert sich bei Frauen, die bereits vor der Entbindung an einer Schizophrenie erkrankt waren, erneut eine schizophrene Symptomatik.

Die letztgenannte Gruppe wurde bei unseren Untersuchungen nicht berücksichtigt, da uns der zeitliche Abstand zur Geburt für die Annahme eines Kausalzusammenhangs zu groß erschien und die Vorgeschichte gegen die Diagnose Puerperalpsychose spricht. Kritisch läßt sich zu den Ausführungen Pauleikoffs anmerken, daß sich wohl nur bei hochakutem Krankheitsbeginn der Manifestationstermin auf den Tag genau festlegen läßt.

In unserer Untersuchung ließen sich die Ergebnisse Pauleikoffs nur teilweise bestätigen. Bei den Depressionen findet sich zwischen neuntem und elftem Tag und im zweiten Monat ein Häufigkeitsgipfel. Eine erhöhte Rezidivneigung ließ sich bei diesen Psychosen jedoch nicht feststellen. Für die gleichen Zeitabschnitte bestanden unter den Manien und schizophrenen Psychosen Häufigkeitsgipfel, so daß für diese Zeitabschnitte generell eine höhere Psychosebereitschaft angenommen werden kann. Zweimal trat an den ersten beiden Tagen nach der Entbindung eine Psychose auf.

5.3. Erkrankungsalter

Einige Autoren weisen darauf hin, daß mit höherem Erkrankungsalter die Amentiafälle abnehmen und die Zahl der affektiven Psychosen zunimmt (Hoppe 1893, Aschaffenburg 1901, Runge 1911). Das Maximum des Erkrankungsalters wird bei den meisten Autoren zwischen zwanzig und dreißig Jahren angegeben (Aschaffenburg 1901, Jolly 1911, Runge 1911, Keyserlingk 1962, Krueger 1964, Huhn 1973, Goedtel 1978).

In der vorliegenden Untersuchung ergab sich ein durchschnittliches Erkrankungsalter von 27,3 Jahren. Zwischen den einzelnen Gruppen ließen sich keine Unterschiede feststellen. Ein Überwiegen von älteren Patientinnen in der Gruppe der Depressionen

ließ sich nicht feststellen.

5.4. Parität

Nach Hoppe (1893) treten die meisten Fälle halluzinatorischer Verwirrtheit im ersten Wochenbett auf, während Multiparae vorwiegend an Melancholie und Paranoia erkranken. In der Untersuchung von Jolly (1911) handelt es sich bei 25 Prozent der an Wochenbettpsychose erkrankten Frauen um Erstgebärende, bei 75 Prozent um Mehrgebärende. Er stellt bei Primiparae einen günstigeren Verlauf fest als bei Multiparae. Keyserlingk (1962) stellt bei seinem Krankengut ein starkes Überwiegen von Erst- und Zweitgebärenden fest.

In der vorliegenden Untersuchung überwiegen die Erstgebärenden. Bei der Aufschlüsselung über die einzelnen Diagnosen fällt allerdings der eher etwas höhere Anteil von Mehrgebärenden unter den schizophrenen Episoden auf.

5.5. Soziale Faktoren

Tetlow (1955) stellt unter den Patientinnen mit Puerperalpsychose einen relativ hohen Anteil unverheirateter Frauen fest. Nach Jansson (1964) und Paffenberger (1966) sind ledige Mütter unter Patientinnen mit Puerperalpsychose nicht häufiger vertreten als bei anderen psychiatrischen Krankheitsbildern.

In der vorliegenden Untersuchung fällt ein relativ hoher Anteil unverheirateter Frauen unter den schizophrenen Episoden auf. In dieser Gruppe wurde bei fast der Hälfte der Fälle die häusliche Situation als belastend beschrieben, die soziale Einordnung war bei einem Drittel der Fälle gestört.

5.6. Die Symptomatik der Wochenbettpsychosen

Um eine Übersicht über die Symptomatik zu gewinnen, wurde die erste Episode der untersuchten Patientinnen mit der SCL von Wing beurteilt und den Categoklassen P (paranoid),

S (schizophren), M (manisch) und D (depressiv) zugeordnet.

Bei den Categoklassen handelt es sich um beschreibende Kategorien, die aus den Syndromen nach klinischen Gesichtspunkten gebildet wurden. Dabei stehen im Vordergrund der Symptomatik paranoide, schizophrene, manische oder depressive Symptome. Diese Categoklassen beinhalten noch keine nosologische Zuordnung der Krankheitsbilder. Es soll nun versucht werden, in diesem Abschnitt die Symptomatik der Wochenbettpsychosen mit einer größeren Population von Patienten mit der Diagnose von endogenen Psychosen zu vergleichen. Zum Vergleich ziehen wir die von Wing et al. mitgeteilten Syndromprofile der einzelnen Categoklassen heran.

Bei den paranoiden Bildern der Wochenbettpsychosen (Categoklasse P) kommen folgende Syndrome besonders häufig vor: Angstattacken (GA), Überaktivität (OV), Verlangsamung (SL), inkohärente Sprache (IS), Verfolgungswahn (PE), wahnhafte Mißdeutungen (RE), depressive Wahninhalte (DD), einfache Depression (SD). Gehen wir von unserer Definition des amentuellen Syndroms aus, das sich zusammensetzt aus Überaktivität (OV), inkohärentem Sprechen (IS), wahnhaften Mißdeutungen (RE) und optischen Halluzinationen (SH), so finden wir drei der für ein amentuelles Syndrom typischen Symptome der SCL besonders häufig vertreten (OV, IS, RE).

Bei den schizophrenen Bildern (Categoklasse S) kommen die auch sonst bei akuten schizophrenen Episoden häufigen Syndrome vor, nämlich Kernsyndrom (NS), Verfolgungswahn (PE), wahnhafte Mißdeutungen (RE), depressive Wahninhalte (DD) und einfache Depression (SD). Dagegen kommen bei diesen Bildern im Vergleich zu den Syndromprofilen bei Wing eher selten vor: Residualsyndrom (RS), Affektverarmung (AF), akustische Halluzinationen (AH), optische Halluzinationen (SH), olfaktorische Halluzinationen (OH), Größenideen (GR) und Angstattacken (GA). Auffallend häufig kommen im Vergleich zu den bei Wing dargestellten Syndromprofilen depressive Wahninhalte (DD) vor.

Bei den depressiven Bildern (Categoklasse D) kommen Verlangsamung (SL), depressive Wahninhalte (DD), einfache Depression (SD) und

spezielle depressive Syndrome (ED) besonders häufig vor. Wesentlich häufiger als bei den Syndromprofilen von Wing kommen wahnhaft-
e Mißdeutungen (RE), depressive Wahninhalte (DD) und spezielle depressive Syndrome (ED) vor. Seltener dagegen kommen Affekt-
verarmung (AF) und Angstattacken (GA) vor. Bei den manischen
Bildern (Categoklasse M) kommen wahnhaft-
e Mißdeutungen (RE),
Größenideen (GR) und Hypomanie (HM) am häufigsten vor. Häufiger
als bei den Syndromprofilen von Wing kommen Überaktivität (OV),
kataton-
es Syndrom (CS), wahnhaft-
e Mißdeutungen (RE) und Größen-
ideen (GR) vor.

Bei allen klinischen Bildern der Wochenbettpsychosen kommt
mindestens eins der folgenden Syndrome gehäuft vor: Überaktivi-
tät (OV), inkohärentes Sprechen (IS), wahnhaft-
e Mißdeutungen (RE)
und optische Halluzinationen (SH). Das sind diejenigen Syndrome,
die frühere Autoren (Marcé 1858, Fürstner 1875, Ewald 1928,
Beckmann 1939) bei den Wochenbettpsychosen als besonders charakte-
ristisch beschrieben haben. Dies weist darauf hin, daß die Wochen-
bettpsychosen an gemeinsamen Merkmalen nicht nur die Tatsache
aufweisen, daß sie zeitlich mit der Entbindung zusammenhängen,
sondern auch eine Gemeinsamkeit in der Symptomatik aufzeigen.

5.7. Ergebnisse der Nachuntersuchung

Die Aufgabe, die wir uns bei der Nachuntersuchung gestellt
haben, besteht darin, den Zusammenhang zu klären zwischen den
aus der Kenntnis der klinischen Querschnittsbilder (Categoklas-
sen) gestellten ICD-Diagnosen und den Verläufen. Wegen der ge-
ringen Zahl der Fälle bei der Nachuntersuchung können wir al-
lerdings dazu keine zuverlässige Aussage machen, es können da-
raus lediglich Hinweise entnommen werden. Die depressiven und
manischen Bilder der Wochenbettpsychosen gehen, wenn die Pa-
tientinnen abermals erkranken, wieder in depressive oder ma-
nische Bilder über. Dabei wurde lediglich eine Ausnahme ge-
funden: Eine Patientin mit einem depressiven Bild (Categoklasse
D) zeigte bei einer erneuten Phase einer Wochenbettpsychose

ein paranoides Bild (Categoroklasse P). Die Prognose der manischen und depressiven Bilder ist erwartungsgemäß gut. Soziale Behinderungen wurden nicht gefunden.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei den schizophrenen Bildern mit der Categoroklasse P und S. Von acht Patientinnen mit einem Querschnittsbild der Categoroklasse S oder P überblicken wir anhand der Nachuntersuchungen den weiteren Verlauf. Drei Patientinnen sind nicht mehr krank geworden. Bei den vier weiteren Patientinnen zeigte sich ein phasenhafter Verlauf und unter den neuerlich aufgetretenen Phasen ein rein depressives oder ein rein manisches Querschnittsbild.

Unter Berücksichtigung der Krankheitsverläufe sind die Krankheitsbilder dieser sieben Patientinnen nach der ICD-Diagnostik am ehesten den schizoaffectiven Psychosen zuzuordnen. Unter den nachuntersuchten Patientinnen befand sich auch eine mit einer seit zwei Jahren gleichbleibenden produktiven schizophrenen Symptomatik. Bei dem Krankheitsbild dieser Patientin handelt es sich um eine nichtepisodische Verlaufsform. Die nichtepisodische Verlaufsform der Krankheit dieser Patientin spricht gegen eine schizoaffective Psychose im Sinne der ICD-Diagnostik. Somit ist festzustellen, daß von den 22 Patientinnen, die bei der Nachuntersuchung gesehen wurden, nur bei einer Patientin ein nichtphasischer Krankheitsverlauf gefunden wurde.

6. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird von einer Stichprobe von Patientinnen ausgegangen, die wegen einer Psychose im Wochenbett stationär behandelt wurden. Die psychopathologischen Querschnittsbilder werden in Syndrome eingeteilt und auf Verlaufsunterschiede untersucht. Der weitere Krankheitsverlauf wird in einer Nachuntersuchung erfaßt. Es soll geprüft werden, ob sich aus dem Langzeitverlauf neue Gesichtspunkte für die nosologische Klassifikation der Krankheitsbilder ergeben.

In einer vorangestellten Literaturübersicht wird zunächst auf Theorien zur Pathogenese der Wochenbettpsychosen und anschließend auf die klinische Einordnung eingegangen. Eine Übersicht über Katamnesen schließt den Literaturteil ab. Die vorliegende Arbeit nimmt ihren Ausgang von den Krankenakten derjenigen Patientinnen, die im Zeitraum von 1960 bis 1977 in der psychiatrischen Universitätsnervenklinik München stationär behandelt wurden. Sie umfaßt eine Stichprobe von 69 Patientinnen. In einer anschließenden Katamnese werden 22 Patientinnen untersucht.

Das bei der Untersuchung verwendete Dokumentationssystem mußte sowohl für eine einheitliche und möglichst genaue Erfassung der in den Krankenakten niedergelegten Informationen als auch für die Nachuntersuchung geeignet sein. Diese Bedingungen sind erfüllt bei dem PSE bzw. SCL von Wing et al. und beim GAS von Spitzer et al. Zusätzlich wurde ein halbstandardisierter Fragebogen zur Erfassung spezieller anamnestischer Daten verwendet.

Im ersten Teil der Untersuchung werden die sozialen und biologischen Begleitumstände der Erkrankung aus der Krankenakte entnommen (Familienstand, soziale Integration, familiäre Konflikte, Zahl und Verlauf früherer Schwangerschaften, Verlauf der jetzigen Schwangerschaft, Art und Zeitpunkt des Beginns der Wochenbettpsychose). Die psychopathologische Symptomatik des Querschnittbildes wird mit der Syndrom Check List (SCL von Wing) beurteilt, der Schweregrad der Erkrankung mit der GAS-Skala von Spitzer geschätzt. Bei der Nachuntersuchung wird in einem halbstandardisierten Interview nach dem weiteren Krankheitsverlauf, nach ambulanter Betreuung und Zahl weiterer stationärer Aufenthalte gefragt. Der psychopathologische Befund wird mit Hilfe des PSE erhoben. Die psychosoziale Leistungsfähigkeit wird mit der GAS geschätzt. Bei der Auswertung werden die Querschnittsbefunde des stationären Aufenthaltes mit den aus den SCL-Werten gewonnenen Syndromprofilen beschrieben. Aus den Syndromen werden nach genau definierten Kriterien vier beschreibende Kategorien

(Categorieklassen) gebildet. Es findet sich dabei folgende Verteilung der Querschnittsbefunde auf die einzelnen Categorieklassen: Die Categoriekategorie P (paranoid) umfaßt 20 Patientinnen, die Categoriekategorie S (schizophren) 8 Patientinnen, die Categoriekategorie M (manisch) 10 Patientinnen, die Categoriekategorie D (depressiv) 31 Patientinnen. Führt man zusätzlich eine schizoaffektive Kategorie ein, so findet sich folgende Verteilung: 23 Patientinnen zeigen ein schizoaffektives Bild, 1 Patientin zeigt ein schizophrenes Bild, 8 Patientinnen zeigen ein manisches Bild, 6 Patientinnen zeigen ein paranoides Bild, 31 Patientinnen zeigen ein depressives Bild. Beim Vergleich der einzelnen Syndromprofile fällt auf, daß beim klinischen Querschnittsbild in sämtlichen Categorieguppen Überaktivität, wahnhaftes Mißdeutungen und inkohärente Sprache gehäuft vorkommen. Diese Symptome werden bereits in der älteren Literatur als charakteristisch für Wochenbettpsychosen beschrieben.

Nach ICD-Kriterien werden Projektdiagnosen gestellt. Bei 6 Fällen wird die Diagnose "Psychose im Puerperium bei anderen körperlichen Störungen" (ICD 294.4), bei 31 Fällen wird eine Depression im Rahmen einer manisch depressiven Psychose oder einer periodischen Depression (ICD 296.2) festgestellt, bei 10 Fällen wird eine Manie im Rahmen einer manisch depressiven Erkrankung oder einer periodischen Manie (ICD 296.1) diagnostiziert, in 22 Fällen wird die Diagnose einer akuten schizophrenen Episode (ICD 295.4) gestellt. Es wird nun untersucht, ob sich in den biologischen und sozialen Begleitumständen Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen ergeben. Die Ergebnisse sind im folgenden kurz dargestellt:

1. Im Gegensatz zu den Angaben in der Literatur unterscheiden sich die einzelnen Diagnosegruppen nicht bezüglich des Beginns der Symptomatik.
2. Psychische Auffälligkeiten während der Schwangerschaft fanden sich nur in der Diagnosegruppe der Patientinnen mit einer schizophrenen Episode (9 Patientinnen).

3. Es besteht kein Unterschied zwischen den einzelnen Diagnosegruppen im Erkrankungsalter.
4. Die meisten Frauen erkranken im Anschluß an die erste Entbindung.
5. In der Diagnosegruppe der Patientinnen mit einer schizophrenen Episode findet sich ein hoher Anteil von unverheirateten Frauen, Frauen mit belastender Familiensituation oder gestörter sozialer Integration.
6. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist bei den symptomatischen Psychosen am kürzesten, bei den Manien am längsten.
7. Die GAS-Werte liegen zum Zeitpunkt der Aufnahme bei den symptomatischen Psychosen am niedrigsten, zwischen den anderen Gruppen besteht kein Unterschied.
8. Die GAS-Werte zum Zeitpunkt der Entlassung liegen bei den symptomatischen Psychosen am höchsten, bei den schizophrenen Episoden am niedrigsten.

Bei der Katamnese wurden 22 Patientinnen untersucht. Davon hatte eine bei der Ersterkrankung eine symptomatische Psychose, vier eine Manie, acht eine schizophrene Episode und neun eine Depression. Von den acht Patientinnen mit der schizophrenen Episode waren vier ständig, zwei zeitweise und zwei nie in ambulanter nervenärztlicher Behandlung. Drei waren in der Zwischenzeit stationär behandelt worden. Von den vier Patientinnen mit der Manie waren zwei ständig und eine zeitweilig in ambulanter Behandlung. Zwei waren in der Zwischenzeit stationär behandelt worden. Von den neun Patientinnen mit einer Depression waren eine ständig und zwei zeitweise in ambulanter Behandlung. Bei zweien war es zu weiteren Hospitalisierungen gekommen. Die Patientin mit der symptomatischen Psychose war in der Zwischenzeit nicht wieder erkrankt. Von den acht Patientinnen mit der schizophrenen Episode war eine an einer Schizophrenie erkrankt, eine an einer weiteren Wochenbettpsychose mit einem depressiven

Erscheinungsbild, zwei an Depressionen, bei einer wechselte das Krankheitsbild zwischen manischen und depressiven Phasen, bei einer zwischen manischen und paranoiden Episoden. Von den Patientinnen mit einer Manie war eine an einer Depression und einer weiteren Wochenbettpsychose mit manischem Erscheinungsbild erkrankt, bei einer war es zu mehreren manischen und depressiven Phasen und bei einer zu einer Depression in unmittelbarem Anschluß an die erste Manie gekommen. Bei den Patientinnen mit einer Depression war es bei einer zu einer weiteren Psychose im Wochenbett mit einem paranoiden Erscheinungsbild gekommen, bei einer zu mehreren manischen und depressiven Phasen.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung waren von den Patientinnen mit einer schizophrenen Episode als Ersterkrankung fünf psychopathologisch auffällig: bei zwei Patientinnen wurde eine paranoide Symptomatik festgestellt, bei zweien eine depressive, bei einer Patientin bestand eine chronische Schizophrenie. Von den Patientinnen mit einer Manie als Ersterkrankung war eine bei der Nachuntersuchung psychopathologisch auffällig: es bestand eine manische Symptomatik. Von den Patientinnen mit einer Depression als Ersterkrankung hatte eine bei der Nachuntersuchung eine Depression.

Unter Berücksichtigung der Befund- und Verlaufsdaten wurde bei den acht nachuntersuchten Patientinnen mit der schizophrenen Episode als Ersterkrankung einmal eine Schizophrenie diagnostiziert und sechsmal eine schizoaffektive Psychose. Bei den vier nachuntersuchten Patientinnen mit einer Manie als Ersterkrankung wurde dreimal eine Zykllothymie diagnostiziert. Bei den neun nachuntersuchten Patientinnen mit einer Depression als Ersterkrankung wurde einmal eine Zykllothymie festgestellt. Einmal war es zu einer weiteren Puerperalpsychose, einmal zu einer weiteren Depression gekommen.

Sowohl die Ergebnisse der Literatur als auch die Ergebnisse dieser Arbeit lassen die Frage weiterhin offen, ob die Psychosen im Wochenbett durch endokrine Umstellungen, durch körperliche und psychische Belastungen oder durch lebensgeschichtliche Ereignisse ausgelöst werden. Es scheint aber klar zu sein, daß die Wochenbettpsychosen keine einheitliche Krankheitsgruppe bilden, sondern sich den bekannten Untergruppen der endogenen und symptomatischen Psychosen zuordnen lassen. Die Ergebnisse der Nachuntersuchung lassen vermuten, daß die Krankheitsverläufe der Psychosen im Wochenbett eine eigene Gesetzmäßigkeit haben und von dem auslösenden Ereignis der Geburt weitgehend unabhängig sind.

7. Literatur

- Aschaffenburg, G.: Klinische Formen der Wochenbettpsychosen.
Allg. Zschr. für Psychiatr. u. psych. ger. Med.
58 (1901), 337-356.
- Baker, A.A.: Psychiatric Disorders in Obstetrics, Oxford 1967.
- Beckmann, E.: Über Zustandsbilder und Verläufe von Puerperal-
psychosen. Allg. Zschr. f. Psych. 113 (1939), 239-293.
- Birnbaum, A.: Der Aufbau der Psychose, Berlin 1923.
- Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 11. Aufl., Springer, Berlin
1943-1969.
- Bleuler, E.: Endokrinologische Psychiatrie. Psychiatrie der
Gegenwart I/1 (1976), 310-312.
- Bonhoeffer, K.: Zur Frage der Klassifikation der symptomatischen
Psychosen. Berl. klin. Wschr. 45 (1908), 2257-2260.
- Bonhoeffer, K.: Die symptomatischen Psychosen, Leipzig und
Wien, 1912.
- Bonhoeffer, K.: Die exogenen Reaktionstypen. Arch. f. Psych.
58 (1917), 56-70.
- Bostroem, A.: Zur Frage der verworrenen Manie. Arch. f. Psych.
u. Nervenkr. 76 (1926), 671-703.
- Brockington, I.F., Leff, J.P.: Schizoaffective psychosis: Defini-
tions and incidence. Psychological Medicine 9 (1979),
91-99.

- Bürger Prinz, H.: Psychiatrie und Neurologie der Schwangerschaft.
In: Forum der Psychiatrie 23, Stuttgart 1968.
- Cain, J., Serment, H., Verville, M.D.: Les Psychoses Precoces
Du Postpartum. Ann. Med. Psych. 117 (1959), 229-234.
- Cohen, J.: Weighted Kappa: nominal scale agreement with provision
for scaled disagreement or partial credit. Psychol. Bull.
70 (1968), 213-220.
- Conrad, K.: Die Generationspsychosen der Frau. In: Psychiatrie
der Gegenwart, Bd. 2, Berlin 1960.
- Conrad, K.: Die symptomatischen Psychosen. In: Psychiatrie der
Gegenwart Bd. 2, Berlin 1960.
- Cooper, J.E., Kendell, R.E., Gurland, B.J., Sharpe, L., Copeland,
J.R.M., Simon, R.: Psychiatric Diagnosis in New York
and London, Oxford 1972.
- Cranach, M.v.: Present state examination. Deutsche Bearbeitung,
Weinheim 1978.
- Danowski, T.S.: Is pregnancy followed by relative hypothyroidism?
Am. J. Obst. et Gynec. 65 (1953), 77-80.
- Dean, C., Kendell, R.E.: The Symptomatology of Puerperal Illness.
Brit.J.Psychiat. 139 (1981), 128-133.
- Deutsch, H.: Psychologie der Frau, Bern 1948.
- Drenk, K.: Zur klinischen Einordnung und Prognose der Wochen-
bettpsychosen. Diss. Köln 1972.

- Ewald, G.: Die Generationspsychosen des Weibes. In: Bumke, O.:
Hdb. d. Geisteskrankheiten Bd. 7, Spez. Teil III, 118-132,
Springer, Berlin 1928.
- Faergeman, P.M.: Psychogenic Psychoses, London 1963.
- Feighner, J.P., Robins, E., Samuel, B.: Diagnostic Criteria for
Use in Psychiatric Research. Arch. Gen. Psychiat. 26
(1972), 57-63.
- Flament, J.: Le role de facteurs psychologiques dans les Psychoses
du postpartum. Acta neurolog. psychiatr. 55 (1955),
270-277.
- Fleck, U.: Symptomatische Psychosen. Ftschr. Neur. Psych. 28 (1960),
1-48.
- Foundeur, M., Fixsen, C., Triebel, W.A., White, M.A.: Post partum
mental illness: Controlled study. Archives of Neurology
and Psychiatry 77 (1957), 503-512.
- Freedberg, I.M.: The thyroid gland in pregnancy. New England
Journ. Med. 256 (1957), 505-510, 551-555.
- Freedman, A.M., Kaplan, H.J., Sadock, B.J.: Modern synopsis of
comprehensive textbook of psychiatry, Baltimore 1976.
- Fürstner, C.: Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen.
Arch. Psych. Nervenkr. 5 (1875), 505-543.
- Gemzell, C.A.: Blood levels of 17-Hydroxicorticosteroids in
normal pregnancy. J. Clin. Endocrinol. 13 (1953),
898-902.

- Goedtel, R.: Die Wochenbettpsychosen. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 38 (1978), 304-307.
- Gruhle, H.W.: Symptomatische Psychosen. In: v.Bergmann, E., Frey, W., Schwiegk, H.: Handbuch der Inneren Medizin, Springer (1953), 1228-1252.
- Hamilton, J.A.: Postpartum Psychiatric Problems, St. Luis 1962.
- Hays, P.: Taxonomic map of the schizophrenias, with special reference to puerperal psychosis. Brit. Med. Journ. 9 (1978), 755-757.
- Hemphill, R.E.: Incidence and nature of puerperal psychiatric illness. Brit. Med. Journ. 2 (1952), 1232-1235.
- Hoche, L.: Über puerperale Psychosen. Arch. Psych. 24 (1892), 612-627.
- Hoche, L.: Das akute halluzinatorische Irresein (Amentia). Deutsche Klinik VI.2. (1906).
- Hoche, L.: Dementia paralytica. In: Aschaffenburg, G. (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie, Deuticke, Leipzig-Wien 1912.
- Hoff, H.: Lehrbuch der Psychiatrie, Stuttgart 1956.
- Hoppe, H.: Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen. Arch. Psych. 25 (1893), 137-205.
- Huhn, A., Drenk, K.: Klinische Einordnung und Prognose der Wochenbettpsychose. Fshr. d. Neur. u. Psych. 7 (1973), 363-377.

- Jacobides, G.M.: Adrenocortical Function in Puerperal Psychoses, Athen 1961.
- Jacobs, B.: Aetiological factors and reaction types in psychoses following childbirth. J. Ment. Sci. 89 (1943), 242-256.
- Janssen, D., Denker, U.: Emotionspsychosen in Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit. F Schr. Med. 19 (1964), 729-734.
- Jansson, B.: Psychic insufficiencies associated with childbearing. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 172 (1964), Munksaard, Copenhagen.
- Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie, Berlin 1913.
- Jolly, Ph.: Beitrag zur Statistik und Klinik der Puerperal-psychosen. Arch. Psych. Nervenkr. 48 (1911), 792-823.
- Kahn, E.: Zur Frage des schizophrenen Reaktionstyps. Zschr. ges. Neur. u. Psych. 66 (1921), 273-281.
- Kahn, E.: Versuch einer einheitlichen Gruppierung aller schizophrenen Formen des Irreseins. Allg. Zschr. Psych. 84 (1926), 268-273.
- Kendell, R.E., Everitt, B., Cooper, J.E., Sartorius, N., David, M.E.: Reliability of the Present State Examination. Soc. Psych. 3 (1968), 123-129.
- Keyserlingk, H.v.: Zum Krankheitsbild der Wochenbettpsychosen. Arch. psych. u. Zschr. ges. Neur. 203 (1962), 632-647.
- Kleist, K.: Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektions-psychosen, Berlin 1920.

- Kluge, E.: Über die Entwicklung puerperaler und klimakterischer Geistesstörungen. Allg. Zschr. Psych. 120 (1942), 246-280.
- Kraepelin, E.: Psychiatrie, Leipzig 1904.
- Kraepelin, E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 63 (1920), 1-23.
- Krafft-Ebing, R.v.: Lehrbuch der Psychiatrie, Stuttgart 1897.
- Krisch, H.: Der heutige Stand der Lehre von den exogenen Reaktionstypen und deren klinische Auswertungsmöglichkeiten. Mschr. Psych. 57 (1920), 234-344.
- Krisch, H.: Die organischen Psychosen einschließlich der exogenen Reaktionstypen, Berlin 1930.
- Krueger, H.: Die Wochenbettpsychosen im Wandel der Anschauungen. Nervenarzt 65 (1964), 448-458.
- Labhardt, F.: Die schizophrenieähnlichen Emotionspsychosen, Berlin 1963.
- Lange, J.: Katatone Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen, Berlin 1920.
- Leonhard, K.: Exogene Schizophrenien. Mschr. Psych. 91 (1935), 249-269.
- Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen, Stuttgart 1964.
- Luft, H.: Die Wochenbettdepression. Nervenarzt 55 (1964), 185-194.

Marcé, L.V.: Traité de la folie des femmes anciennes,
J.B.Bailliere, Paris 1858.

Martin, M.E.: Puerperal mental illness. Brit. Med. J. 2 (1958),
737-777.

Matussek, P., Halbusch, A., Troeger, U.: Endogene Depression,
München 1964.

Mayer-Gross, W.: Selbstschilderungen der Verwirrtheit, Berlin 1924.

Mayer-Gross, W.: Die Schizophrenie. Auslösung durch körperliche
und seelische Schädigungen. In: Bumke, O. (Hrsg.):
Handbuch der Geisteskrankheiten, Spez. Teil V (Berlin 1932)
112-134.

Mayer-Gross, W., Slater, E., Roth, M.: Clinical Psychiatry,
London 1972.

Mentzos, St.: Mischzustände und mischbildhafte phasische Psychosen,
Stuttgart 1967.

Mentzos, St.: Pathogenetische und nosologische Aspekte der
Wochenbettpsychosen. In: Bürger-Prinz, H. (Hrsg.): Forum
der Psychiatrie 23 (1968), 110-119.

Meyer, E.: Die Ursachen der Geisteskrankheiten, Fischer, 1967.

Meyer, H.-H.: Statistischer Überblick zur Frage der Auslösung
endogener Psychosen. Nervenarzt 12 (1954), 498-500.

Müller-Fahlbusch, H., Ichikawa, J.: Zur Frage der Rezidive von
Wochenbettpsychosen. Nervenarzt 40 (1964), 481-485.

- Paffenberger, R.S., McCabe, L.J.: The picture puzzle of the postpartum psychoses. J. Chron. Dis. 13 (1961), 161-173.
- Paffenberger, R.S., McCabe, L.J.: The effect of obstetric and perinatal events on risk of mental illness in women of childbearing age. Amer. J. Publ. Hlth. 56 (1966), 400-407.
- Pauleikoff, B.: Seelische Störungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt, Stuttgart 1964.
- Pilcz, H.: Die periodischen Geistesstörungen, Jena 1901.
- Polonio, P., Figueiredo, M.: On the structure of mental disorders associated with childbearing. Mschr. Psych. Neur. 130 (1955), 304-318.
- Popper, E.: Der schizophrene Reaktionstypus. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 62 (1920), 194-207.
- Protheroe, C.: Puerperal psychoses: A long term study 1927-1961. Brit. J. Psychiat. 115 (1969), 9-30.
- Pugh, T.F., Jereth, B.K., Schmidt, W.M., Reed, R.B.: Rates of mental disease related to childbearing. New Engl. J. Med. 268 (1963), 1224-1267.
- Racamier, P.C., Sens, C., Carretier, L.: La mere et l'enfant dans les psychoses du postpartum. Evolut. Psych. 26 (1961), 525-570.
- Reich, Th.: Postpartum Psychoses in Patient with manic depressive psychoses. J. of nerv and hered. dis. 151 (1970), 60-68.

- Reichardt, W.: Leitfaden der psychiatrischen Klinik, Jena 1907.
- Rittershaus, E.: Die klinische Stellung des manisch depressiven Irreseins unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zu organischen Gehirnkrankheiten und zur Epilepsie. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 56 (1920), 10-17.
- Römer, H.: Zur nosologischen und erbbiologischen Beurteilung der Puerperalpsychosen. Zschr. Neur. 155 (1936), 555-591.
- Römer, H.: Zur Diagnose und Therapie der Puerperalpsychosen. Med. Klin. 16 (1941), 1-25.
- Runge, W.: Die Generationspsychosen des Weibes. Arch. f. Psych. 48 (1911), 545-690.
- Sandler, M.: Mental Illness in Pregnancy and the Puerperium, Oxford 1978.
- Sartorius, N., Brooke, E., Lin., T.Y.: Reliability of psychiatric epidemiology. In: Hare, E.H., Wing, J.K. (Hrsg.): Psychiatric Epidemiology, London 1970.
- Scharfetter, C., Nüsperli, M., Hurwitz, E.: Die sogenannte schizophrene Reaktion. Arch. Psych. Nervenkr. 226 (1979), 347-368.
- Schneider, K.: Über Wesen und Bedeutung katatonischer Symptome. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 22 (1904), 486-497.
- Schneider, K.: Die abnormen seelischen Reaktionen. In: Aschaffenburg, G. (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie, Leipzig-Wien 1912.

- Schneider, K.: Klinische Psychopathologie, Stuttgart 1967.
- Schroeder, P.: Über Wochenbettpsychosen und unsere heutige Diagnostik. Allg. Zschr. f. Psych. 104 (1936), 177-204.
- Schwingenheuer, J.: Über Generationspsychosen. Arch. Psych. Nervenkr. 190 (1953), 150-165.
- Specht, G.: Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 19 (1913), 104-113.
- Spitzer, R.L. et al.: The Global Assessment Scale. Arch. gen. Psychiat. 33 (1976), 766-771.
- Steinmann, I.: Die Verursachung der Wochenbettpsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 103 (1935), 552-579.
- Stransky, A.: Zur Amentiafrage. Zbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 30 (1907), 809-812.
- Strömberg, E.: Atypische Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart II/Teil 1 (2.Aufl. 1972), 141-151.
- Tetlow, C.: Psychoses of childbearing. J. Ment. Sci. 101 (1955), 629-637.
- Venning, E.H.: Adrenal function in pregnancy. Endocr. 39 (1946), 203-220.
- Weitbrecht, H.-J.: Psychiatrie im Grundriß, Heidelberg 1963.
- Wimmer, A.: Psychogene Geisteskrankheitsformen, Kopenhagen 1916.
- Wing, J.K., Cooper, J.E., Sartorius, N.: Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms, Cambridge 1974.

Danksagung

Herrn Professor Dr. med. H. Hippius danke ich für die Überlassung des Themas, die Übernahme des Referats und die Arbeitsmöglichkeit an der Universitätsnervenklinik München.

Mein besonderer Dank gilt Dr. med. A. Strauß, der meine Arbeit betreut hat. Er war stets bereit, mir bei den während der Arbeit auftretenden Schwierigkeiten zu helfen.

Ferner gilt mein Dank den Mitarbeitern der Universitätsnervenklinik für ihre Hilfe bei der Organisation und Durchführung der Untersuchung.

Lebenslauf

15.4.1950	geboren als Tochter von Dr.med.Josef Schmidt, Internist, und Dr. med. Eva Schmidt, Augenärztin, in München.
1956-1960	Volksschulbesuch in München und Augsburg
1960-1969	Besuch des Hum. Gymnasiums bei St. Anna in Augsburg
1969-1972	Psychologiestudium an der LMU München
1972	Vordiplom
1972-1978	Medizinstudium an der LMU München
Okt. 1974	Ärztliche Vorprüfung
1977-1978	Prakt. Jahr mit Psychiatrie als Freiem Fach an der Universitätsnervenklinik München, Chirurgie im Hauptkrankenhaus Augsburg und Innerer Medizin in der I. Med. Klinik des Klinikums Großhadern
Nov. 1978	Ärztliche Prüfung
Dez. 1978	Approbation als Ärztin
Jun. 79 - Jan. 80	Assistenzärztin in der Psychiatrischen Abteilung des Westkrankenhauses Augsburg
seit Feb. 1980	Wissenschaftliche Assistentin am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

